Biblioteca de Estudos Humanos

Série Saber e Sociedade (nº 3)

Direção: José Augusto Guilhon Albuquerque
e Roberto Machado

Editor: André da Costa Santos

1978

Direitos adquiridos por EDIÇÕES GRAAL Ltda.
Rua Hermenegildo de Barros, 31-A — Glória
20.000 — Rio de Janeiro, RJ — Brasil

© *Copyright by* EDIÇÕES GRAAL Ltda.

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Roberto Machado
Angela Loureiro
Rogerio Luz
Katia Muricy

DANAÇÃO DA NORMA

Medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil

graal

SÉRIE SABER E SOCIEDADE

Capa: SONIA MARIA GOULART

CIP-Brasil. Catalogação-na-fonte
Sindicato Nacional dos Editores de Livros, RJ.

D175 Danação da norma : a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil / Roberto Machado... | et al. | .— Rio de Janeiro : Edições Graal, 1978.
(Biblioteca de Estudos humanos : Série Saber e Sociedade; v.n. 3)

Bibliografia

1. Medicina social — Brasil 2. Psiquiatria — Brasil I. Machado, Roberto II. Série

CDD — 610.981
616.8900981
CDU — 61:301(81)
616.89(81)

78-0199

SUMÁRIO

Apresentação 11

Parte I: A ARTE DE CURAR OS MALES NA COLÔNIA

Introdução
Capítulo 1: A doença no caminho do governo
Legalizar a arte de curar
Fiscalizar os males da cidade
Socorrei os pobres e os soldados
Lepra, filha mais velha da morte 72
Peste, um inimigo na cidade 83
Capítulo 2: Da militarização à saúde 105
Enquadrar um povo mole, doente e frouxo 106
Recuperação do soldado 122
Isolamento do lázaro 134
Por que a cidade é doente? 142

Parte II: MELHOR PREVENIR QUE REMEDIAR

Introdução 153
Capítulo 1: A Estratégia de um saber 159
Sob a mira da polícia médica 159
Desafio político da saúde 180
O charlatão na República dos médicos 193

Medicina, táticas e focos de poder 213
Epílogo 243
Capítulo 2: Nada que é urbano lhe é estranho 247
Por uma medicina sem fronteiras 247
A cidade no plano da norma 259
Medicalizar as instituições 278
Hospital 282
Cemitério 288
Escola 295
Quartel 306
Prisão 316
Bordel 330
Fábrica 345
O negro do pensamento médico 353

Parte III: A MEDICINA DO COMPORTAMENTO

Introdução 375
Capítulo 1: A patologia do cotidiano 382
Do delírio à doença moral 384
Esquirol 386
Os brasileiros 392
Morão 404
Loucura, paixão e sociedade 410
Capítulo 2: Aos loucos o hospício 423
A pedagogia da ordem 429
O isolamento 430
A organização do espaço terapêutico 432
A vigilância 435
A distribuição do tempo 439
Repressão, controle, individualização . 443
Uma anomalia hospitalar lastimosa 447
Um espaço caótico 451
Um poder cego 456
Uma legislação arbitrária 473
Loucura: uma questão de Estado 485
Bibliografia

Este trabalho contou com o apoio financeiro da FINEP e o apoio institucional do Instituto de Medicina Social da UERJ e do Departamento de Filosofia da PUC — RJ.

Agradecemos a todos aqueles que, de diferentes maneiras, contribuíram para sua realização. Em especial: Aurélio Guerra Neto, Eduardo Escorel, Flávia Martins de Albuquerque, Georges Lamazière, Ilmar Rohloff de Matos, Janina Fleury, Jean-Robert Weisshaupt, Joel Birman, José Augusto Guilhon Albuquerque, Julio Cesar Montenegro, Jurandir Freire Costa, Madel Terezinha Luz, Marcos Müller, Maria José Santos, Michel Foucault, Regina Rocha.

APRESENTAÇÃO

Estudo de história dos saberes, este livro tem por objetivo dar conta do nascimento de um tipo de medicina característico da sociedade capitalista. Analisa os conceitos básicos da medicina social e da psiquiatria brasileiras; mas não se limita a uma abordagem interna: pretende refletir sobre esses saberes como prática social. Estabelece uma relação entre as teorias e as práticas políticas não em termos de exterioridade ou de justaposição, em que o poder se apropriaria de uma neutralidade científica e a utilizaria segundo objetivos que lhe são extrínsecos, mas de imanência: a dimensão política é constitutiva da existência dos discursos. Não se trata, portanto, de julgar da cientificidade da medicina, mas de analisar que novo tipo de saber ela representa e que novo tipo de poder ela implica necessariamente.

O objetivo do trabalho é compreender a figura moderna da medicina, seu papel na sociedade, sua ambição como instrumento técnico-científico a serviço, direta ou indiretamente, do Estado. A nova forma de presença

da medicina tem uma origem histórica: política e conceitual.

Uma dupla relação se estabelece entre a história e a atualidade: por um lado, o desvelamento do passado, do modo específico de emergência das configurações atuais, é indispensável para uma percepção mais lúcida do presente. No momento em que se procuram novas formas de funcionamento da medicina que não veiculem uma dominação de classe, que não sejam uma intensificação dos dispositivos de poder criados pelo capitalismo como condição indispensável à sua perpertuação, a abordagem crítica da história é um instrumento importante para a realização das experiências que pretendem impregnar o futuro.

Por outro lado, a ida ao passado, o projeto de pesquisar as origens da psiquiatria, e mais globalmente da medicina como discurso e prática políticos, é, ele próprio, esclarecido pelo presente, determinado pela exigência de aprofundar sua crítica e fornecer elementos para a transformação das condições atuais de seu modo de intervenção.

Estudando a racionalidade da medicina social — o saber da sociedade que a caracteriza, sua relação com o Estado, suas técnicas de atuação — trata-se basicamente de formular uma questão que cada vez menos poderá ser evitada: que papel desempenham as instituições sociais como meio de controle dos indivíduos e das populações através de uma ação intrinsecamente ligada ao saber das ciências humanas? Como situar teórica e politicamente a relação entre saúde e sociedade sem reconduzir ou aperfeiçoar os mecanismos de dominação burgueses que até hoje têm encontrado resistências e dificuldades em se implantar no Brasil?

Pouco a pouco se começa a olhar de modo crítico o funcionamento da sociedade ao nível do cotidiano, dos aparelhos que assumem a gestão de nossas vidas, das instituições que produzem, aperfeiçoam ou orientam nosso comportamento. A cada dia se descobre a rede de poderes que envolve nossa existência, atinge nosso corpo e organiza nosso desempenho social. Cada vez mais se politiza o dia a dia.

Esse estudo tem a ambição de contribuir para essa crítica do presente, trazendo a dimensão da historicidade dessas formas de poder contra as quais se pretende lutar. Mas não se propõe a explicar a totalidade. Tematizando a medicina, procura dar conta da emergência de uma nova problemática teórica e prática enquanto parte de um processo global que poderá ser melhor conhecido a partir de estudos setoriais, específicos, centrados em instrumentos de poder nascidos, muitas vezes, fora dos aparelhos de Estado, mas que desempenharam um papel decisivo para sua própria transformação.

Do mesmo modo que não queremos explicar a medicina a partir do todo, também não queremos tudo explicar através de uma análise da própria medicina. Mas exibir uma peça do mecanismo de nossas sociedades, de importância decisiva para o surgimento e manutenção de técnicas normativas nascidas no bojo de um tipo de conhecimento que se dá como objeto a totalidade da vida social; técnicas que foram, pouco a pouco, se deslocando de seu solo originário até impregnar outros saberes e outras práticas.

Na descontinuidade de traços que os documentos registram revela-se o esquema de normalização da vida social brasileira. Revelar este esquema, que regula a população e disciplina o indivíduo, exige um mapeamento minucioso. Esta pesquisa realiza um primeiro levantamento de terreno sob uma perspectiva específica: a da estratégia de medicalização da sociedade empreendida por uma fração da intelectualidade da época. Estratégia que procura redefinir as condições em que se dão as relações de poder entre nós, a partir da reflexão e da intervenção sobre o espaço urbano, sua população e as individualidades que a compõem.

História, feixe de acontecimentos, escrita a partir de discursos: leis, regulamentos, ofícios, cartas, jornais, teses, panfletos. Uso da documentação disponível em seu valor, instrumental e material, de implementação de uma estratégia, isto é, na medida de sua eficácia política. História das origens de um discurso e de uma prática dominantes.

A análise evitou princípios explicativos muito gerais que viessem sujeitar o documento à exigência de uma interpretação totalizadora; privilegiou as fontes primárias porque melhor serviram à reconstituição da trajetória médica e de sua articulação com a gestão política dominante da vida urbana.

Se a trama histórica assim revelada mostrou-se mais rica em sugestões de leitura do que qualquer cânone teórico pré-estabelecido, ajudou-nos, por outro lado, a afastar do texto a pretensão de neutralidade, para instituí-lo como instrumento teórico-político na rede de discursos que ele ao mesmo tempo estabelece e desfaz.

O dispositivo desse trabalho a quatro mãos não estabeleceu divisão de tarefas ou hierarquia de funções, não separou pesquisa de documentos, análise e redação de texto. Multiplicar os autores é, paradoxalmente, contribuir para sua destruição.

PARTE I

A ARTE DE CURAR OS MALES NA COLÔNIA

INTRODUÇÃO

Será a medicina social brasileira um projeto formado em determinado momento de nossa história, tendo um nascimento que pode ser delimitado, ou deve ser pensada como uma exigência aparecida desde o início da colonização do Brasil, parte integrante das medidas médicas e políticas aqui implantadas? Questão difícil mas essencial na medida em que sem propor periodizações é impossível fazer história e só uma história conceitual — isto é, que seja capaz de definir seu objeto ao mesmo tempo que o descreve — pode estabelecer balizamentos a partir de características essenciais.

Será um saber como a medicina pouco a pouco definido a partir de um núcleo básico de conceitos e de um sistema de práticas fundamentais que seguem no tempo a evolução de suas potencialidades? Uma história factual, que recolhe, justapõe e repete os documentos só é capaz de encontrar continuidades e registrar a marcha linear de um desenvolvimento. Ora, é necessário estabelecer, tanto ao nível do saber quanto

da prática médicos, momentos de ruptura, de constituição de novos conceitos, novos objetos, novas formas de institucionalização.

Demarcar períodos, determinar rupturas é inseparável da conceituação do objeto da investigação, não podendo, portanto, ser pensado de modo prévio ou apriorístico. Define-se à medida em que se desenvolve o trabalho de pesquisa.

Quando se investiga a medicina do século passado — em seus textos teóricos, regulamentos e instituições — se delineia, cada vez com mais clareza, um projeto de medicalização da sociedade. A medicina investe sobre a cidade, disputando um lugar entre as instâncias de controle da vida social. Possuindo o saber sobre a doença e a saúde dos indivíduos, o médico compreende que a ele deve corresponder um poder capaz de planificar as medidas necessárias à manutenção da saúde. O conhecimento de uma etiologia social da doença corresponde ao esquadrinhamento do espaço da sociedade com o objetivo de localizar e transformar objetos e elementos responsáveis pela deterioração do estado de saúde das populações. Projeto, portanto, de prevenção, isto é, ação contra a doença antes mesmo que ela ecloda, visando a impedir o seu aparecimento. O que implica tanto na existência de um saber médico sobre a cidade e sua população, elaborado em instituições — faculdades, sociedades de medicina, imprensa médica, etc. — quanto na presença do médico como uma autoridade que intervém na vida social, decidindo, planejando e executando medidas ao mesmo tempo médicas e políticas.

A existência, no início do século XIX, de um tipo de medicina que procurou estabelecer e justificar sua presença na sociedade, através sobretudo da higiene pública, não está em continuidade com a evolução da medicina desde os primórdios de nossa história, compreendida como projeto incessantemente retomado e

aperfeiçoado ou incessantemente contornado e deformado, que preservaria suas características fundamentais. Significa, ao contrário, o início de um período que assinala para a medicina um novo tipo de existência enquanto saber e enquanto prática social, que se distingue e opõe às várias formas de seu passado.

A falta de uma perspectiva histórica na abordagem das questões relativas à medicina ou mesmo a visão retrospectiva de uma história factual e linear leva a que freqüentemente se imagine uma continuidade entre a temática e a organização da saúde tal como existem em nossa modernidade e os primeiros séculos de nossa história. Sem dúvida, a configuração atual do problema remete ao momento de sua eclosão e aos caminhos de sua formação. Por este motivo, é não só possível mas necessário situá-la no tempo, descrever sua gênese histórica, distinguindo-a daquela que a antecedeu.

Dizer que a medicina social brasileira se constitui no início do século XIX significa encontrar uma nova modalidade de projeto teórico e prático de medicina que só será conceituado com exatidão se puder ser distinguido de formas históricas que o precedem. E o conceito de saúde, tal como se formula e se torna uma evidência a partir do século XIX, ganha uma inesperada clareza justamente quando comparado com o sentido que teve esse termo no período colonial.

É preciso, portanto, não ocultar a grande diferença entre o projeto histórico investido nessas análises e as histórias da medicina ufanistas, dispostas a celebrar o presente, justificando-o pela ardorosa conquista de uma posição de racionalidade duramente realizada ou a se realizar. E que, com esta intenção, projetam sobre o passado as questões do presente, buscam continuidades, filiações, parentescos de um projeto homogêneo, habitado por gérmens de uma verdade que pouco a pouco se impõe ao tempo. Projeto paradoxalmente ahistórico não só porque dominado pelo presente, que aparece

sempre como critério de reabilitação ou desclassificação do que se situa no passado, como também por tratar o saber médico como se este fosse desvinculado da prática sócio-política com a qual se articula. Descrição linear de um caminho contínuo que possui as normas de um tempo fora do tempo.

CAPÍTULO 1

A DOENÇA NO CAMINHO DO GOVERNO

Tendo como objetivo último definir o conceito de medicina social e sua emergência no Brasil, no início do século XIX, analisemos o modo como era colocada teórica e praticamente a questão da saúde na época colonial. Quem era o médico, que tipo de assistência realizava, como e por que vinha para o Brasil? Que relação pode ser estabelecida entre medicina e sociedade a partir da existência de um órgão propriamente médico da administração portuguesa? Transcendendo os limites explícitos da medicina, até que ponto a saúde da sociedade figurava como objeto de reflexão e intervenção do Estado, sendo tematizada de modo positivo, visando à sua produção, conservação ou aumento?

Qual a função básica do hospital e que vínculos mantinha esta instituição com a medicina? Privilegiando como exemplos a lepra e a peste, que concepção se fazia aquela época sobre a doença epidêmica e que meios eram utilizados para combatê-la? Questões que nos permitirão encaminhar o estudo da configuração da medicina, de sua inserção na sociedade, de seus limites ou fronteiras e do modo como a saúde, como objeto de reflexão e intervenção, se vincula às características gerais da administração colonial.

Normalmente, quando se tematiza a saúde, pensa-se imediatamente naquele que a estuda e luta por ela, que procura conhecê-la e instaurar o seu reino: o médico. O espaço e a função do médico aparecem então preenchidos pela saúde, como se ele fosse um dado natural e necessário. A correlação médico-saúde impõe-se com evidência tal que sujeito e objeto da medicina tornam-se termos que adquirem um estatuto atemporal, servindo de paradigma para caracterizar e julgar o passado. Assim, do mesmo modo que o conceito de saúde não é tematizado em sua historicidade, também não o são a figura do médico, sua função social, o lugar que ocupa na sociedade. Nossa primeira questão é sobre quem e o que é o médico na época colonial. E a resposta implica em seguirmos o seu rastro, por instituições e acontecimentos sociais, para poder afirmar qual foi, neste momento da história, o seu lugar. Procedimento diferente, portanto, de outro tipo de história que começaria por estabelecer previamente um lugar ideal para o médico e a interpelá-lo sobre onde se encontrava e porque não cumpriu o seu papel.

Durante todo o período colonial, os moradores de cidades e vilas demandam a presença do médico. Cartas são escritas ao Rei pedindo médico e "manifestando o grande aperto em que estavam" [1] pela "grande falta que têm de médico e botica para haverem de ser curados em suas enfermidades" [2]. Documento que ainda acrescenta que "pareceu ao Conselho fazer presente a Vossa Majestade o que escrevem os oficiais da Câmara de São Paulo pois por esse meio se poderão conservar aqueles moradores se tiverem quem trate de os curar nas suas enfermidades, que por falta de quem lhes possa aplicar os remédios necessários morrem muitos ao desamparo". Há carência, ou melhor, quase inexistência de médico. E a constatação de doença que muitas vezes acarreta morte leva o povo a pedir às autoridades portuguesas um médico presente na cidade, apontando a morte próxima dos súditos se ninguém puder curá-los de suas enfermidades. O médico é, portanto, uma personagem que figura na relação entre o Rei e seus vassalos através da presença da doença e da morte. Um médico na cidade, assistindo aqueles que enfermam, pode ajudar a conservar a vida dos súditos colonizadores.

Se o médico é pedido pela população, ele é enviado e confirmado nos cargos pela instância máxima e última de decisão, o Rei, a partir de uma diligência sobre a experiência, a conduta, a idade e o local de estudos daquele que poderá ser o indicado [3]. Os canais de informação, entretanto, não têm estatuto definido:

---

1 "Registro do alvará por que Sua Alteza fez mercê dos ofícios de Físico-amor e Cirurgião-mor do Estado do Brasil ao doutor Francisco Vás Cabral", 28 de março de 1634; *in Documentos Históricos,* volume 27, p. 385.

2 "Carta dos oficiais da Câmara de São Paulo representando a grande falta que têm de médicos e medicamentos", 1698; *In Documentos Históricos,* volume 93, p. 80.

3 Cf. "Registro da patente de Sua aMjestade que há servido prover ao licenciado Ventura da Cruz Arrais nos cargos de Físico-mor e Cirurgião-mor deste Estado do Brasil", 1666; *in Documentos Históricos,* volume 21, p. 238.

podem ser os moradores do local onde ele exerce sua arte, os oficiais de alguma instituição ou mesmo aquele que é indicado. A verdade emerge de uma multiplicidade de focos, que ganham sentido e coesão no ato de decisão soberana do Rei, que assinala ao médico um cargo na Colônia.

Como situar o médico neste movimento que se inicia com uma demanda explícita e termina com uma autorização ou negação? Muitas vezes é o próprio médico que pede para ser nomeado para determinado cargo, mostrando a existência de necessidades e expondo suas próprias qualidades. Mas o que impera é a dificuldade de achar médicos dispostos a virem para a Colônia. É assim que, quando os oficiais da Câmara de São Paulo pedem um médico ao Rei chegam mesmo a aconselhar que "deve Vossa Majestade haver por bem de que não havendo médico que queira ir voluntariamente para aquela conquista, se obrigue algum que nesta Corte tenha menos embaraço, pois além de grande partido que prometem fazer-lhe aqueles vassalos têm demais que com o que grangearem pelas suas causas se poderão sustentar mui largamente, principalmente em terra onde tudo é tão acomodado" [4].

Qualquer um dos casos é testemunho de uma situação geral em que a figura do médico está ligada a um cargo que ocupa como pertencente à administração colonial, de quem recebe salário e obrigações específicas. O que faz com que durante toda essa época o médico desempenhe um papel de funcionário, servindo por alguns anos no Brasil, com função ligada sobretudo à tropa ou à Câmara.

A quase inexistência de médicos era causada, em parte, pela proibição de ensino superior nas colônias.

4 "Carta dos oficiais da Câmara de São Paulo representando a grande falta que têm de médicos e medicamentos", 1698; *in Documentos Históricos*, volume 93, p. 80.

Por outro lado, havia pouco interesse dos médicos portugueses em virem para o Brasil. As poucas vantagens profissionais que lhes eram oferecidas agravavam-se com a dificuldade em mostrar eficiência longe dos remédios europeus, poucos e muitas vezes deteriorados, e com o desconhecimento da flora local. Tais fatores fizeram com que a correlação médico-doença fosse preterida por formas de cura referidas mais ao indígena, ao negro, ao jesuíta, ao fazendeiro do que ao próprio médico. O que não significa que fosse livre o exercício da "arte de curar" ou que a Coroa portuguesa não procurasse fiscalizá-lo. Como podemos ver analisando os objetivos e o modo de atuação da Fisicatura-mor do Reino.

Legalizar a arte de curar

A existência de uma autoridade médica em Portugal, integrada no dispositivo político-administrativo da monarquia, tem sua origem mais remota no funcionamento do cargo de Cirurgião-mor dos Exércitos, estabelecido em 1260 com a finalidade de fiscalizar o exercício das artes médicas e cirúrgicas. Em 1430, o Rei exige que todos os que praticam medicina sejam examinados e aprovados pelo seu médico — também denominado físico —, que lhes concederá carta para o exercício da arte, sem a qual serão presos e perderão seus bens [5]. Em 1448, o Regimento do Cirurgião-mor, sancionado em lei do Reino, explicita os encargos da função, tais como a regularização do exercício da me-

5 Cf. M. Ferreira da Mira, *História da medicina portuguesa*, Lisboa, 1947, p. 50.

dicina e cirurgia através de licença, legalização e inspeção das farmácias. A autonomia das funções de Físico-mor é conferida pelo Regimento de 1521, em que aparece a divisão de atribuições entre dois tipos de autoridade: a do Físico-mor, encarregado do controle da medicina, e a do Cirurgião-mor, com poder similar em relação à cirurgia.

Qual o tipo de poder dessas autoridades? Trata-se de um poder personalizado: pessoas de confiança do soberano, elas representam o prolongamento da pessoa real no exercício da soberania aplicada a uma área específica de atividade. Coerentemente com o modelo de governo encimado pelo Rei, a função delas é de distribuir justiça, baseadas em leis diretamente emanadas do soberano. A Fisicatura é um tribunal, o Físico-mor, um juiz. Cartas de lei, alvarás, regimentos, respondem a situações particulares, como os abusos do exercício da medicina no Reino e posteriormente em seus domínios, que atentam contra os interesses da corte e de seus súditos. A identificação entre esses interesses deve ser constantemente reafirmada, assegurando a unidade do governo. Integrada à esfera do poder real, a medicina ganha um caráter explicitamente político. Mas trata-se aqui de que política? É a prática da medicina que será objeto de regulamentação e de inspeção, e estas se sustentam no dispositivo jurídico, no ritual das formalidades legais, em verdade constantemente contornadas nas vilas do Reino e nas conquistas. Desse modo, a livre prática da medicina acarretará medidas que venham referí-la ao poder soberano, através de seus delegados. O saber médico e a produção desse saber escapam, por princípio, às atribuições da Fisicatura. Cabe apenas à máxima autoridade médica do Reino ratificar saber e competência, uma vez produzidos autonomamente na experência.

A questão do exame junto à Fisicatura é um exemplo esclarecedor. O Regimento de 1521 intensifica a

fiscalização do exercício da medicina, que vai depender de exame teórico e prático diante da banca integrada pelo Físico-mor, que a preside, e mais alguns médicos. Exige-se prova documental ou testemunho de prática de dois anos junto a físico aprovado. A avaliação da competência do candidato se dá ainda através de visitas a doentes, em que o candidato é acompanhado por seus examinadores. O aprovado recebe carta de licença selada e publicada, outorgada pelo Físico-mor em nome do Rei. Onde não houvesse físico examinador, os que praticavam a arte de curar deviam requerer carta ao Físico-mor, com atestado das Câmaras locais que comprovasse sua experiência e saber. Se aprovados em exame, recebiam licença para exercer a medicina apenas na localidade em que a praticavam e por tempo determinado.

O exame vem conferir um saber acumulado na experiência prática. Ele tem por objetivo garantir, no plano jurídico, a homogeneidade entre praticantes de uma mesma arte. O saber é, aí, o produto global de uma prática que precisa ser comprovada por procedimentos formais de natureza dominantemente jurídica — juramentos, testemunhos, assinaturas autênticas — e é julgada não a partir de critérios universais de conhecimento mas em sua referência, legalmente sacramentada, ao consenso de autoridades, mestres e povo. Não é tarefa do poder médico do Reino, como poder integrado às tarefas gerais de administração da justiça, promover o saber e a prática médicos, nem submetê-los a um controle de tipo constante e contínuo. A Fisicatura não é o lugar de enunciação do discurso médico que deve orientar a prática. Ela é unicamente o lugar político de regulação dessa prática através de leis que visam a legitimá-la e fiscalizá-la. A fiscalização é entendida como a forma privilegiada de articular a atividade médica ao poder soberano.

Nesse sentido, o Regimento de 1521 prevê a aplicação de multas para quem o transgride e a existência,

para sua execução, de "soldados de saúde" que andam armados e prendem o infrator, a pedido do Físico-mor. Os inculpados são submetidos ao Corregedor da Corte dos Feitos Crimes, tomando o Físico-mor parte no julgamento. Cabia ainda ao Físico-mor, pelo mesmo Regimento, fiscalizar, com o auxílio de boticários aprovados, as boticas, a qualidade e os preços dos medicamentos.

A separação entre médicos e cirurgiões era completa: nem os físicos podiam exercer a cirurgia, nem os cirurgiões curar de medicina. A definição dos limites jurídicos de exercício das atividades de físico, cirurgião e boticário se acompanha do estabelecimento gradual de uma hierarquia de importância entre elas.

Esse o tipo de poder médico que será transplantado para o Brasil e que permanecerá, em suas grandes articulações, intocado até o início do século XIX.

Desde 1521, prevê-se a função de juízes comissários do Físico e Cirurgião mores para o Reino e seus domínios. De que outra maneira tornar presente a autoridade médica em terras distantes? No momento em que se estabelece a administração portuguesa no Brasil, ainda no século XVI, tem-se notícia da designação, por tempo limitado, de licenciados para o cargo de físico da cidade de Salvador. No século XVII, são designados médicos para exercer, na cidade da Bahia, os ofícios de Físico e Cirurgião mores do Estado do Brasil. Os cargos são de caráter vitalício, não de direito, mas de fato, provendo-se substituto quando do falecimento do ocupante. É assim que, em 1665, El-Rei faz mercê desse cargo a Ventura da Cruz Arrais, por falecimento de Francisco do Vaz Cabral, "sem prejuízo dos cargos de Físico-mor e de Cirurgião-mor destes Reinos" [6]. O

6 "Registro da patente de Sua Majestade que foi servido prover ao licenciado Ventura da Cruz Arrais nos cargos de Físico-mor e Cirurgião-mor deste Estado do Brasil", 1666; *in Documentos Históricos,* volume 21, p. 238.

soberano indica, desse modo, o caráter de dependência do cargo, em relação às autoridades supremas da Corte. Apesar do título grandioso, as funções de Físico-mor do Brasil não deviam ser objeto de grande cobiça. Dadas as condições da Colônia, o âmbito de ação dessa autoridade era restrito e praticamente nula sua eficácia administrativa.

A não observância do Regimento da Fisicatura parece ter sido a regra nos tempos coloniais, tal como indica, no início do século XVIII, a ordem régia de 3 de março de 1717 ao dr. João Nunes de Miranda, que servia, por comissão, de Físico-mor na Bahia: "Porquanto tenho notícias que geralmente costumam nesta cidade da Bahia curarem os cirurgiões de medicida dando purgas e outros remédios de que só podem aplicar os médicos formados na Universidade de Coimbra ou aprovados pelo Físico-mor do Reino, o que é em notório dano do comum e ter a experiência mostrado suceder mil infortúnios e desgraças pela imprudência dos cirurgiões (...)" [7]. Os limites, assinalados no Regimento, de exercício das funções são facilmente transpostos, o que leva o soberano a se fazer presente através de ordens que, reafirmando dispositivos anteriores, procuram resolver situações locais de infração às leis do Reino.

Se o cirurgiões curam de medicina, os boticários receitam por conta própria. E que dizer dos que praticam a arte sem exame nem licença? Quem ganha com isso e quanto ganha?

Para coibir abusos desse tipo, o Rei ordena, em 1742, que os delegados do Físico-mor no Brasil sejam

7 "Ordem que se remeteu ao Físico-mor o doutor João Nunes de Miranda para mandar aos cirurgiões desta cidade não curem de medicina, senão nos casos que nela se declare", 3 de março de 1717; *in Documentos Históricos,* volume 54, p. 213.

formados pela Universidade de Coimbra e que os emolumentos desses comissários sejam estipulados em regimento especial, de tal forma que não ultrapassem o dobro dos preços que recebem pelas suas comissões os delegados que trabalham no Reino.

Em 1744, o Físico-mor elabora o regimento a ser observado por seus representantes no Brasil. Sua importância advém do fato de ser especialmente dirigido aos "Estados da América" e indica o relativo relevo que Portugal vai dando à fiscalização das artes médicas e farmacêutica e aos cuidados com os remédios. A relativa amplitude alcançada pela rede de comissários do Físico-mor e seus auxiliares acompanha, por certo, a evolução dos interesses comerciais do Reino em sua Colônia. O crescimento urbano e populacional autoriza um interesse maior para com a "saúde dos povos". A regulamentação das atividades da Fisicatura do Brasil, através do controle do preparo, preservação e administração de remédios por "pessoal competente", significaria uma preocupação abrangente com a higiene pública da Colônia? Quais as características centrais do documento de 1744?

O Regimento objetiva regular uma situação de excessos e abusos que escapa ao controle da metrópole. Ele é um instrumento "para se regularem em os Estados da América, assim os comissários do Físico-mor como também os seus oficiais, que não tinham regimento, e sem ele levavam emolumentos, e só por arbítrio dos mesmos comissários que os faziam excessivos, de que resultavam queixas dos vassalos do dito Senhor, ao que se devia dar providências, para que a ambição não causasse prejuízo, nem também o experimentassem os mesmos oficiais (...)" [8]. Trata-se, antes de mais nada,

8 "Regimento que serve de lei que devem observar os comissários delegados do Físico-mor deste Rino nos Estados do Brasil", Lisboa, 1745.

de defender os interesses fiscais da própria Fisicatura que estariam sendo lesados na Colônia distante. Os danos são igualmente políticos, pois os súditos protestam contra a exploração a que se acham submetidos.

Para compreender, nessa perspectiva, o significado geral do Regimento, é preciso analisar o que ele prescreve como modo de atuação dos comissários e como objeto dessa intervenção.

O modo de atuação se dá de duas maneiras: pelas visitas e pelos exames. Compete ao comissário fazer visitas de três em três anos às boticas da terra e às lojas de drogas, e inspecionar também as boticas dos navios que chegassem ao porto. Sua tarefa é de averiguar, acompanhando por três boticários formados, as cartas de licença e os medicamentos, isto é, seu preço, o estoque de simples e compostos necessários para que se tivesse botica aberta, o bom estado deles, sua preparação, incluindo a aferição dos instrumentos que devem estar concordes com as prescrições de pesos e medidas ordenadas pela Câmara. Os objetos de atuação são, pois, os medicamentos e as atividades a eles relacionadas.

O objetivo das visitas é, portanto, de fiscalização. Elas se dão em momentos excepcionais — e os boticários visitados não devem estar advertidos delas, para que não escondam remédios deteriorados, não peçam emprestado a algum companheiro de ofício o que lhes falta para completar o estoque regulamentar de simples e compostos, etc. — sem que se garanta por outros meios a continuidade das medidas. Além disso, estas visitas de inspeção têm caráter punitivo. As penalidades variam de multas, que crescem com a reincidência, até a suspensão dos faltosos. A condenação às infrações determina um longo processo penal que necessariamente deveria ser resolvido pela instância suprema do Físico-mor do Reino. Uma precisa prestação de contas deve ser encaminhada a essa autoridade pelo

seu delegado, auxiliado nisto por um escrivão e um meirinho. Diz o artigo 18: "O mesmo delegado dará conta todos os anos ao Físico-mor do Reino de todas as boticas que visitou, e dos autos que fêz contra os culpados, e das condenações que lhes impôs, remetendo juntamente certidão de seu escrivão, que será tirada dos livros que deve ter para este efeito, e faltando nesta parte, ou em outra alguma ao disposto neste Regimento, será castigado conforme a sua culpa pelo Físico-mor do Reino"[9].

Na verdade, o comissário, seus auxiliares boticários, o escrivão e o meirinho que os acompanham em suas diligências, constituem um tribunal itinerante cujos emolumentos pelas comissões regulares eram acrescidos das multas aos infratores. Um pequeno exemplo revelador do esquema de funcionamento desse tribunal é o de que uma questão de matéria médica pode ser resolvida por maioria de votos, como reza o artigo 14: "Quando nos exames dos medicamentos forem julgados por bons, ou por ruins pelos votos de dois dos três boticários, que o comissário leva para examinadores, serão esses medicamentos julgados por tais, sem embargo, que tenham o voto do terceiro em contrário, e sem se admitir réplica ao boticário (...)[10].

Além das visitas, compete ainda ao comissário examinar os oficiais de botica. O candidato devia apresentar certidão que comprovasse a prática de quatro anos junto a mestre aprovado e um parecer deste sobre sua competência. Se aprovado, o comissário e demais examinadores lhe passam "certidão autêntica", sob juramento dos Santos Evangelhos, para que com ela requeresse carta de aprovação ao Físico-mor do Reino. Repete-se o esquema de legalização do exercício da arte, complementado por uma devassa anual sobre irregularidades, tais como um cirurgião curar de medicina ou aplicar remédios, um boticário que exorbita nos preços ou se intromete a receitar, uma pessoa não examinada que prepara e vende medicamentos.

9 *ibidem.*
10 *ibidem.*

O cuidado em distinguir e legitimar os diferentes ofícios médicos, fiscalizando seu exercício, parece resumir a tarefa da administração médica do Reino para com os povos da Colônia. A Fisicatura procura se fazer próxima e presente, através de um pesado dispositivo burocrático, na qualidade de instância última de decisão. Mas, de fato, essa administração da justiça na área médica gira em torno da questão dos emolumentos que é, aliás, o motivo central que determina a confecção do Regimento de 1744. Trata-se de fiscalizar os fiscalizadores, de punir não apenas os infratores mas os seus juízes. Uma situação de desmando da própria administração, que contraria os interesses da Corte, está na origem das determinações do Regimento.

Desta maneira, o Regimento fixa os emolumentos que devem ser percebidos pelas diferentes autoridades em cada exame e em cada visita regular. Como exemplo, o pagamento do exame, § 20: "Terá o mesmo comissário do Físico-mor de cada exame que fizer de boticário mil e seiscentos réis, e cada um dos três boticários examinadores oitocentos réis, ainda que o examinado não saia com aprovação, porque deve depositar antes do ato do exame, não só estes emolumentos, mas também os do Físico-mor do Reino, e dos seus oficiais, que importam nove mil cento e vinte réis, a saber quatro mil e oitocentos para o Físico-mor, quatrocentos e oitenta réis para cada um dos cinco examinadores da corte, quatrocentos e oitenta réis para o escrivão do juízo, e cargo do dito Físico-mor do Reino, quatrocentos e oitenta réis para o meirinho do juízo, e quatrocentos e oitenta para o escrivão da vara do mesmo meirinho, e quatrocentos e oitenta de esmola para os

santos Cosme e Damião, por ser este o estilo praticado sempre em semelhantes exames"[11].

Para que se cumpram as medidas, é preciso prever e aliciar interesses particulares, coibir seus excessos e articulá-los hierarquicamente com outras esferas do mesmo dispositivo jurídico-administrativo. Pode-se interpretar neste sentido o § 22: "E porque o comissário delegado e seus oficiais poderão faltar ao cumprimento do que neste Regimento se lhe ordena, ocultando os autos dos culpados, ou não os lançando nos livros, ou às condenações e visitas que fizerem, ou excedendo a sua comissão, ou levando mais do conteúdo neste Regimento. O Ouvidor geral do distrito inquirirá na Correição sobre estes procedimentos, e achando os culpados, remeterá a culpa ao Físico-mor, assim como deve remeter as culpas dos que curam sem carta, sem licença do Físico-mor, notificando-os para que em certo termo se venham livrar perante o dito Físico-mor (...)"[12].

Por outro lado, cabe ao Governador do distrito em que atuam os delegados da Fisicatura constranger os mais aptos e doutos a desempenhar as funções de visitadores e examinadores, permitindo assim, através de pessoas de confiança tanto da Coroa como do povo, o melhor aproveitamento da fiscalização do exercício da arte de curar e de seus benefícios financeiros.

A lei de 1744 repete, na maioria de seus parágrafos, disposições encontradas anteriormente, apenas transladando e explicitando para o Brasil aquele modelo de autoridade médica hierarquizada, dotada legalmente de instrumentos punitivos e cujo funcionamento baseava-se em regras gerais que se reafirmavam como resposta ao aparecimento de situações de irregularidade. Não tem por objetivo promover a saúde da população como um todo ou a formação de profissionais da saúde, mas impedir casos particulares de abuso de atribuições. O problema da doença, que o exercício irregular da arte ocasiona ou agrava — por exemplo, pela administração de medicamentos inadequados ou corrompidos — só secundariamente se encontra tematizado, submetido que está às exigencias fiscalizadoras da administração. As determinações devem ser lembradas e cumpridas uma vez constatadas irregularidades e reclamadas providências. O modo de atuação e os objetos que essa atuação privilegia, previstos pelo Regimento, são coerentes com o modo de exercício de poder e o tipo de colonização a que o modelo administrativo deve servir.

Esse tipo de autoridade encarregada da fiscalização do exercício da medicina, cirurgia e farmácia não parece, entretanto, ter tido maior êxito. Em 1782, D. Maria I criou a Junta do Proto-Medicato para cumprir essas funções, dando como justificativa, na própria lei que a instituí, os "muitos estragos que, com irreparável prejuízo da vida de meus vassalos, têm resultado do pernicioso abuso e extrema facilidade com que muitas pessoas faltas de princípios e conhecimentos necessários se animam a exercitar a faculdade de medicina e arte de cirurgia e as freqüentes e lastimosas desordens praticadas nas boticas destes Reinos e meus Domínios Ultramarinos, em razão de que muitos boticários ignorantes se empregam neste exercício, sem terem procedido aos exames e licenças necessárias para poderem usar da sua arte"[13].

O Proto-Medicato representa uma centralização dos poderes individuais dos Físico e Cirurgião mores em um Conselho ou Tribunal, composto de sete deputados, de natureza consultiva e deliberativa, tendo sempre como

11 *ibidem.*
12 *ibidem.*

13 Citado por Eduardo Augusto Pereira de Abreu, "A Fisicatura-mor e o Cirurgião-mor dos Exércitos no Reino de Portugal e Estados do Brasil", *in Revista do Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro,* tomo LXIII, parte I, 1901, p. 189.

objetivo a fiscalização do exercício da profissão. Controlava o exercício da medicina e cirurgia permitindo a obtenção de diploma de licenciado a quem apresentasse certidão de exercício médico ou cirúrgico em qualquer hospital do Reino, passado por médico formado, e fosse aprovado em exame teórico que ele realizava. Controlava também a venda de medicamentos, obrigando todo boticário a tirar licença da Junta que, com esse objetivo, mandava um visitador averiguar a existência, os pesos e medidas, a limpeza de utensílios e o bom estado dos medicamentos, proibindo também a venda de remédios secretos.

Não houve, portanto, grande modificação com a passagem da Fisicatura ao Proto-Medicato. Os dois tipos de poderes procuram, parece que sem muitos resultados, fiscalizar o exercício da medicina, cirurgia e farmácia; além dessa continuidade de objetivos, os cargos de Físico e Cirurgião mores não desapareceram, na medida em que os dois faziam parte da Junta como deputados natos.

A não diferença essencial entre Proto-Medicato e Fisicatura fica também patente pelo fato de em 1808 D. João, recém-chegado ao Brasil, ter restabelecido os cargos de Cirurgião e Físico mores, abolindo definitivamente a Junta do Proto-Medicao em 1809. Mudança que inclusive parece ter-se dado pela impossibilidade de uma transferência imediata da Junta para o Brasil, que passava a ser sede do Reino, dada a urgência de aqui instalar uma autoridade médica, como também pelo fato de D. João contar com a presença no Brasil do Cirurgião-mor dos Exércitos, que o acompanhou na viagem e que era, portanto, um dos deputados natos da Junta.

Cada um desses cargos funcionava com seus respectivos escrivães, meirinhos, um juiz assessor e tinha delegados de seu poder nas principais cidades do país. Os delegados do Cirurgião-mor dos Exércitos controlavam o exercício da cirurgia realizado pelos sangradores, parteiras, dentistas, pelos que aplicavam ventosas e sanguessugas e pelos que consertavam braços e pernas, enquanto que os delegados do Físico-mor do Reino controlavam os boticários, droguistas, curandeiros, etc.

Existe, deste modo, não só uma continuidade entre as diversas medidas assumidas pelo poder médico caracterizado pela Fisicatura e o Proto-Medicato, mas também uma correspondência de funções de controle entre o Físico e o Cirurgião mores.

A análise da organização e do funcionamento desta instância médica suprema permite portanto afirmar que, curiosamente, a Fisicatura não tem nenhuma relação com a problemática da higiene pública. Se é verdade que é um poder médico, isso não significa que se exerce com relação à sociedade no sentido preciso de organizar medidas de controle do espaço social. Não se pode dizer que haja incidência de seu poder sobre o ambiente da cidade ou a população com o objetivo de criar melhores condições de saúde ou destruir, no espaço social, tudo que pode ser causa de doença. Seu objetivo não é a sociedade em geral, mas a própria medicina.

É um órgão de tipo corporativo encarregado de fiscalizar o exercício das profissões médicas. Órgão de tipo burocrático-administrativo para quem regularizar era legalizar. Espécie de tribunal da medicina que julgava e punia quem transgredisse seus regulamentos no exercício da "arte de curar". Ação, portanto, limitada ao interior da própria medicina e assim mesmo de tipo jurídico e punitivo.

Sendo um poder restrito à regulamentação da profissão, não há em suas atribuições nada que a aproxime da problemática da medicina social. Ação punitiva e não positiva, transformadora. Punir os infratores com o objetivo de reservar para a medicina o espaço da doença.

Integrada ao exercício da soberania, a Fisicatura por sua vez testa sua função de integrar o exercício da medicina a essa política. Ela não oculta o fato de ser um dos instrumentos, e não dos mais importantes, do poder soberano. Sua existência não revela, de modo algum, a origem ainda confusa da medicina como esfera autônoma e específica de conhecimento e ação a que o poder político central, como princípio heterogêneo, deve recorrer. É a medicina do século XIX — com seus novos modos de atuação sobre novos objetos e como um dos suportes normalizadores fundamentais do governo moderno — que fará decorrer sua pertinência política de outro tipo de condições: os princípios universais da razão, da ciência e do progresso.

Fiscalizar os males da cidade

Obviamente, uma investigação sobre a questão da saúde e sua relação com a administração colonial não pode se restringir a um estudo da Fisicatura. Não só porque ele já encaminha para o importante fato de que o âmbito da intervenção terapêutica não se limitou às fronteiras da medicina como corpo organizado, como também porque a Fisicatura só representa uma face do problema, pelo tipo de intervenção paradoxalmente mais jurídica do que médica que a caracteriza. Reduzida à legalização da prática curativa, representando a ação política soberana no campo específico da medicina, cirurgia e farmácia, a Fisicatura não é capaz de cobrir os vários aspectos da questão da saúde tal como foi colocada e encaminhada durante essa época.

Daí, portanto, a necessidade de, depois de ter analisado a que tipo de organização deviam estar submetidos todos aqueles que desejassem exercer a "arte de curar", considerar como foi colocada a questão da saúde das populações, dos habitantes da cidade, da sociedade enfim, como mais um passo para a caracterização da concepção de saúde que está explícita ou implícita neste período.

Sabe-se da presença do termo saúde em documentos das Câmaras Municipais, de outras instâncias da administração colonial e do próprio Rei de Portugal. Que significação é dada a este termo pelas leis e regulamentos administrativos e de que tipo são as medidas previstas ou executadas que lhe dizem respeito? Questão essencial para o objetivo a que nos propomos de estabelecer uma descontinuidade entre a medicina social do século XIX e os três primeiros séculos de nossa história. Questão que diz respeito à função social da medicina, tematizada com relação ao tipo de terapeuta e de controle da profissão e ao modo de presença da medicina na sociedade no tocante ao encargo da saúde coletiva, a partir das medidas de intervenção no espaço social, aos cuidados individuais e à organização do espaço hospitalar.

Quando se procura estabelecer a relação entre saúde e sociedade, o fio condutor da análise, no caso da Câmara Municipal, é o tema da sujeira e o correlato encargo de velar pela limpeza da cidade. É assim que, ao nível mais global, as Ordenações Filipinas de 1604, que regiam todas as Câmaras Municipais das cidades e vilas de Portugal e colônias, fixando as atribuições gerais dos municípios, situam a limpeza como um de seus encargos, nos termos precisos que: não se deverão fazer esterqueiras; esterco ou outro lixo não deverão ser lançados ao redor do muro; não se entupirão os canos da vila nem a servidão das águas; locais deverão

ser determinados pelos vereadores da Câmara para que, uma vez por mês, lá se esvaziem as esterqueiras, devendo-se fazer cada um limpar, ante as suas portas da rua, os estercos e os maus cheiros; não se consentirão que se lancem na vila bestas, cães, gatos, nem outras coisas sujas e de mau cheiro[14].

Atribuições que, portanto, apontam os estercos, as águas, os animais como objetos da ação da Câmara orientada para a limpeza e que têm como característica a pluralidade de locais a que dizem respeito; pluralidade duplicada de generalidade de aplicação e que faz da limpeza também uma generalidade: as regras a serem observadas são as mesmas para todos os lugares.

Não basta, entretanto, investigar as Ordenações para delimitar a amplitude e a significação geral do conjunto de objetos que permitirão definir os encargos da Câmara do ponto de vista da saúde, na medida em que elas se completam por alvarás, portarias, cartas régias, etc., que nos apresentam novos aspectos da problemática.

É assim que também o comércio de alimentos aparece como objeto da fiscalização que se deve realizar. Uma prova está na ata da Câmara de Salvador que assinala um requerimento do juiz do povo sobre o assunto: "Em 21 de julho de 1657, apareceu o juiz do povo no Senado em vereança e requereu aos oficiais em nome de todo o povo, que em casa de um flamengo se estava vendendo bacalhau muito podre e corrupto com grande dano e prejuízo da República" e para certificar esse estado foi ver o bacalhau com o Físico-mor "o qual posta por sua fé ser o dito bacalhau corrupto e prejudicial à saúde, o que visto pelos ditos oficiais

14 Cf. *Ordenações Filipinas,* livro 1, título 68, 1604.

da Câmara no requerimento, mandaram e assentaram que se lançasse ao mar este bacalhau e tudo o mais que se achasse de sua qualidade"[15]. Verificação da qualidade das mercadorias que está em continuidade com a ação da Câmara no que diz respeito à sujeira, que neste caso se relaciona com a possibilidade de doença não só porque produz "mau cheiro", "infecciona" e "corrompe" os ares, mas também pela possibilidade de serem ingeridos em estado de deterioração. A fiscalização dos alimentos chegou mesmo a se estender à conservação da carne dos gados abatidos nos currais, "porquanto se mata muitas vezes carne (...) em tal estado que se entende que, a comer, o povo há nele muitas doenças"[16].

Um local da cidade é também privilegiado como objeto da ação municipal: trata-se do porto, local de

15 "Requerimento do juiz do povo sobre bacalhau podre"; *in* Atas da Câmara de Salvador, volume 3, p. 352. É importante assinalar que o juiz do povo não era um funcionário da Câmara, como o juiz de fora, o juiz ordinário e os oficiais, que são os três vereadores e o procurador. Era o representante eleito dos mestres, por sua vez eleitos entre os oficiais mecânicos da cidade, como era costume nas cidades e vilas notáveis de Portugal. Cargo cuja criação representou uma tentativa da Câmara de Salvador, em 1641, de melhorar a administração da cidade fazendo cessar "a queixa que o povo tinha de andar esta República tão mal governada sem que os almotacés possam acudir a emenda dos vendeiros que em tanta soltura não dão provimento digo não dão cumprimento às portarias das Câmara nem dos almotacéis (...)", ata da sessão da Câmara de 21 de maio de 1641; Arquivo Histórico da cidade de Salvador. Em 1713, a pedido da própria Câmara e por haver inspirado "motins na cidade, o Rei extingue o juizado do povo". Sobre a organização judiciária e administrativa no Brasil Colônia, ver Auguste de Saint-Hilaire, *Viagem pelas províncias do Rio de Janeiro e Minas Gerais,* tomo I, capítulo XV.

16 Ata da Câmara de Salvador, 16 de novembro de 1672.

contato entre o interno e o externo, via de penetração de pestes. Fiscalização de embarque e desembarque que se relaciona com o aumento de importância dos portos como locais onde as mercadorias ficam à espera da partida das frotas de comércio e que tem como objetivo principal detectar doentes de um mal considerado contagioso e que pode propagar sua doença pela cidade ou exportá-la para o Reino. Fiscalização que atinge, portanto, o próprio doente.

"Não deixem desembarcar pessoa alguma sem que primeiro sejam visitadas e desimpedidas pela saúde. Para os oficiais poderem melhor tomar as informações necessárias, e lhes constar o estado da saúde em que ficaram as capitanias de que vêm as ditas frotas mandareis também notificar os capitães e mestres dos navios que tragam certidão de saúde passada pelos oficiais dessa cidade, em forma pública, para que por elas conste se nelas há doenças ou não e a qualidade delas"[17]. "Tenho resoluto que os onze doentes pertencentes equipagem do navio francês de guerra que aqui se acha vão para os quartéis do Rosário e porque é conveniente que antes disso se examine a qualidade da doença. O Provedor de Saúde, com os médicos e cirurgiões que costumam fazer semelhantes diligências, na forma do estilo, vão ao meio-dia à ribeira das naus fazer este exame porque a essa hora hão de chegar os ditos doentes, e do que resultar me virá logo dar conta"[18].

17 "Carta de Sua ajestade sobre os capitães e mestres dos navios que deste porto saírem para o de Portugal sejam notificados para que não desembarquem sem primeiro serem visitados pela saúde", dirigida ao Governador geral do Estado do Brasil, 4 de março de 1690; *in Documentos Históricos*, volume 68, p. 238.

18 Carta para o Provedor-mor de Saúde, 13 de julho de 1724, Bahia; *in Documentos Históricos*, volume 87, p. 198.

Finalmente, é preciso salientar que também se encontra sob a fiscalização da Câmara o próprio exercício da profissão médica. O que significa que, além dos diplomas conferidos pela Fisicatura, os que exerciam a "arte de curar" estavam obrigados a se inscrever na Câmara da cidade ou vila onde praticavam o seu ofício, além de que esta também proibia a venda de remédios sem sua expressa autorização que era dada sob forma de licença. Conhecem-se vários casos em que médicos, cirurgiões e boticários são notificados para que apresentem à Câmara suas cartas de habilitação sob pena de suspensão de suas funções, prisão ou outras represálias legais.

A consideração tanto da cidade quanto do porto, do ponto de vista da doença possível, adquire sua significação mais profunda no quadro da política metropolitana, que procura maior controle comercial e militar da Colônia, na medida em que se articula com a defesa da riqueza e do território em que ela é produzida. É freqüente nos documentos a ênfase dada ao particular cuidado de Sua Majestade com a saúde dos povos e conservação do Estado. A população, vital para defender a terra e fazê-la produzir, aparece como elemento a ser preservado em vida, como vassalos do Rei, povoadores de uma terra disputada e produtora. É neste contexto que sujeira e doença articulam-se como binômio a ser evitado.

Como também é a partir dele que se explica o medo e o perigo da peste, na medida em que ela dizima as populações a ponto de paralizar a cidade e mesmo de diminuir a mão-de-obra. É assim que em carta ao Rei sobre uma peste na cidade da Bahia em 1686, o Governador geral diz que "os negócios se suspenderam e se fecharam os tribunais, que não havia ministro da Relação dos quais morreram quatro (...) e enferma-

ram os mais, como também os oficiais da Câmara, Casa dos Contos e alfândega para despacharem, nem pessoas que neles pudessem requerer, porque tudo esta prostrado"[19].E uma carta dos oficiais da Câmara da Bahia em 1681 sobre uma epidemia de bexiga afirma o "miserável estado em que se acha aquela cidade e seu recôncavo, ocasionando os limitados rendimentos dos seus frutos e o pouco valor dela, do qual nascia uma ruína geral a todos aqueles moradores. E sobre ele o estrago que este ano fizeram as bexigas que reputaram por peste, com as quais ficaram às fábricas dos engenhos e fazendas de cana muito diminutas e sobretudo o que mais depressa havia de acabar e destruir aquela praça eram as cobranças que se faziam arremetendo-se os gêneros da terra por menos de cinquenta por cento do seu valor"[20]. Documento, além do mais, interessante por referir a doença à política, relacionando a peste com a cobrança do Rei, no caso a dificuldade da cobrança de impostos. E isso em dois sentidos diferentes: identificando peste e cobrança a partir da idéia de devastação, e as opondo, na medida em que a peste provoca paralização e, portanto, dificuldade de cobrança.

Se são esses portanto os objetos, elementos, locais e mesmo atividades que estiveram sob a intervenção das Câmaras Municipais, dos Governadores e Vice-reis durante o período colonial isso não significa dizer que assim se mantiveram permanentemente ou mesmo existiram nas várias cidades ou vilas. Constituídos de forma fragmentada no tempo e no espaço, esses objetos indicam um dos aspectos da relação que o governo português estabeleceu entre a saúde dos habitantes e a sociedade: eles nunca se impuseram como alvo de uma reflexão ou ação constante do poder. A razão aparece claramente quando se analisa o aspecto complementar desta relação: o tipo de intervenção que caracteriza, durante todo esse tempo, a existência das Câmaras.

Já nas Ordenações podemos ver como a execução de suas determinações, no que diz respeito as Câmaras, é definida de modo geral, como regra para todas as cidades e vilas, como também acontecia com relação aos objetos sobre os quais deviam as Câmaras intervir para evitar sujeira, podridão e, conseqüentemente, doença. E esta execução diz sobretudo respeito a um membro da Câmara que é o almotacé. O cumprimento ou não das posturas municipais é verificado através do passeio realizado pelos almotacés na cidade ou vila e da denúncia efetuada pelos próprios habitantes da localidade que tomam conhecimento das posturas através de pregões; multas são estabelecidas para o caso de seu não-cumprimento, sendo o próprio almotacé sujeito à multa, caso não cumpra suas atribuições, e no caso de a multa incidir sobre um habitante, ela será dividida entre o denunciante e a Câmara[21]. A execução das determinações depende em grande parte da relação almotacé-habitante. Relação quase que de momentos. Momentos que implicam em descontinuidade e se duplicam de punição. No emaranhado desta rede — cujos fios são denúncia, verificação, punição — se situa a limpeza da cidade.

As características da temática da limpeza, quando aparecem nas Ordenações, são suficientemente gerais para que sejam aplicáveis a toda e qualquer localidade. Tais características não se modificam quando se trata

19 "Carta do Governador geral do Estado do Brasil, dando conta a Vossa Majestade da rigorosa epidemia que se alastrou na cidade da Bahia", 23 de outubro de 1685; *in Documentos Históricos,* volume 89, p. 54.

20 "Carta do Conselho Ultramarino ao Rei de Portugal, comunicando carta dos oficiais da Câmara da Bahia", Lisboa, 14 de outubro de 1681; *in Documentos Históricos,* volume 88, p. 211.

21 Cf. *Ordenações Filipinas,* livro 1, título 68.

de determinações locais, que procuram resolver problemas, surgidos em determinados momentos, muitas vezes a partir de reclamações dos próprios moradores. Mesmo quando situada ao nível da especificidade, a questão da limpeza nunca aparece como tema de um saber que localiza, nomeia, circunscreve e analisa seu objeto para que a intervenção e a conseqüente transformação passam se exercer.

O que se nota de fundamental em toda essa problemática é o fato de a sujeira da cidade ser sempre tematizada em função do não-cumprimento das Ordenações Filipinas. E neste sentido as determinações e os cargos que lhe dizem respeito têm como objetivo único retirar da cidade as sujeiras vistas como prejudiciais à vida. A cidade, com suas ruas, becos e praças, aparece nos discursos como objeto de um conhecimento e uma prática motivados pela retirada ou eliminação do que é tido como desvirtuamento de uma situação anterior, originária, e ditados pela não-observância das posturas; não se constitui como objeto passível de sofrer uma intervenção que signifique não o conserto, a restauração, mas a transformação.

O que explica a inexistência, durante toda essa época, de um planejamento global e minucioso da Câmara que integrasse os diversos objetos atingidos por seu raio de ação ao mesmo tempo que os circunscrevesse e analisasse. Embora decrete posturas, não faz parte de sua modalidade de intervenção organizar um *Código de Posturas,* como o que será criado no século XIX. E também explica porque a questão da limpeza depende não só do não-cumprimento das Ordenações e da não-observância das posturas, como também da própria insuficiência da ação do encarregado de fiscalizar sua manutenção. É através da compreensão do tipo de relação entre o fiscal e o habitante que se pode ver com mais clareza em que consistia a especificidade do modo de ação da Câmara no que tange à saúde da população.

Geralmente era o almotacé que tinha entre suas atribuições a inspeção desses objetos que dizem respeito à saúde, embora sejam também encontrados em determinados momentos e localidades cargos como o de Provedor de Saúde e o de almotacé de limpeza.

A presença do Provedor de Saúde aparece ligada à inspeção do porto através das visitas de saúde aos navios. Em 1682, por exemplo, a Câmara de Salvador nomeia oficiais de saúde para fiscalizar as embarcações, visando evitar a entrada de pestes. O Governador geral aprova a nomeação: "Recebi a carta de Vossa Mercês com o aviso da nomeação dos oficiais para a saúde, pois tanto convém haver dele pela entrada na fragata Madre de Deus que veio da Mina a esta Bahia e cheia de bexigas, para destruição deste povo"[22]. Em 1714, em portaria para o Senado da Câmara lê-se que: "Porquanto os navios que ao presente chegarem a esta Bahia, vindos de Lisboa, Ilha Terceira e Porto deram notícia que em alguns portos da Europa havia mal contagioso, e para evitar que este não infeccione esta cidade ordeno aos oficiais do Senado da Câmara dela que nas visitas de saúde que lhe é encarregado e hão de fazer em todas as embarcações que daqui em diante vierem a este porto ponham particular cuidado em que as ditas visitas se façam com toda a exação, averiguando-se mui miudamente tão importante negócio e de tão grandes conseqüências a este Estado"[23]. Em 1724, afirma nova portaria para o Senado da Câmara de Salvador: "O Sena-

[22] "Carta para os oficiais da Câmara sobre os oficiais de saúde", 28 de agosto de 1682; *in Documentos Históricos,* volume 86, p. 231. Cf. também "Ofício do Conselho Ultramarino ao Rei de Portugal", 15 de dezembro de 1704; *in Arquivo do Conselho Ultramarino,* volume 23, p. 166-167.

[23] "Portaria para o Senado da Câmara sobre as visitas de saúde", 28 de agosto de 1682; *in Documentos Históricos,* volu-saúde", Bahia, 17 de abril de 1714; *in Documentos Históricos,* volume 87, p. 109.

do da Câmara ordenará ao Provedor de Saúde visite as embarcações logo que chegarem de mar em fora (...)[24].

Seria monótono continuar estas citações: encontraríamos a repetição de um mesmo tipo de situação. O importante é apreender seu significado: a inexistência de um controle contínuo do porto e dos navios no que diz respeito à saúde. Várias vezes o governo português ordena que cada navio, além de receber a visita dos oficiais ou provedores, deverá apresentar uma certidão de saúde que declare o estado do local de origem, se havia mal contagioso e qual a sua qualidade, o que facilitaria o trabalho dos encarregados das visitas às embarcações — um oficial da Câmara assessorado por médico e cirurgião. A inspeção dos navios não foi, porém, uma norma da administração colonial. O lazareto, local onde a população do navio ficasse em quarentena, só no século XIX se tornou realidade no Brasil. A fiscalização dos navios não se realizava habitualmente, mas unicamente em momento de perigo manifesto, despertado pela presença de epidemias. A peste era o momento extraordinário em que a cidade era obrigada a sentir o perigo da relação entre o interno e o externo, para se defender ou proteger os outros. A ação da Câmara se apresenta assim como lacunar, fragmentária, não orientada para um controle contínuo da cidade, o próprio cargo de Provedor de Saúde tendo tido uma existência provisória ou esporádica.

O mesmo se repete com relação à sujeira da cidade: dependente da relação entre almotacé e população — a fiscalização se exercendo por denúncia dos moradores ou pelo olhar direto dos almotacés em passeio pelas

24 "Portaria para o Senado da Câmara sobre a visita da saúde", Bahia, 19 de fevereiro de 1724; *in Documentos Históricos*, volume 87, p. 194.

ruas da cidade — a execução das posturas da Câmara não pode deixar de apresentar um cumprimento fragmentário.

Entre a denúncia dos habitantes e as possibilidades de ação dos diferentes cargos se situa o modo próprio de intervenção da Câmara no que diz respeito à saúde. A iniciativa de organizar o espaço social, visando a impedir doenças ou a aumentar o nível de saúde, parece não fazer parte da configuração deste tipo de poder. A Câmara sobretudo responde a uma constatação de desordem em que o próprio habitante desempenha um papel fundamental. A queixa aciona um processo que também depende do habitante na medida em que muitas vezes a Câmara é incapaz de realizá-lo eficazmente.

Isso se pode ver claramente analisando a criação do cargo de almotacé de limpeza, em 1672, por requerimento do juiz do povo à Câmara de Salvador, à semelhança do que havia no Reino. O pedido parte justamente de uma constatação de desordem e ineficiência: por ser a "cidade muito populosa e (porque) o serviço se fazia todo por escravos e sobre a limpeza dela não se pudera até agora conseguir o meio para fazer, e das muitas imundícies que se lançam pelas ruas e praças dela se entendia que resultam muitas doenças agudas que nela havia, havendo sido antigamente muito sadia"; pela ineficácia dos almotacés existentes no cuidado com o asseio das ruas, pois "pelo muito que tem que fazer na assistência dos açougues e com as mais ocupações de seu ofício, não podem entender de limpeza da cidade"[25].

Ora, é a mesma constatação de desordem e ineficiência que vai se repetir com relação ao almotacé de limpeza e decretar sua extinção. Constatação da imun-

25 Ata da Câmara de Salvador, 16 de novembro de 1672.

dície das ruas "de cujos vapores se infeccionavam os ares e corruptos produziam doenças de que geralmente padecia este povo (...)"; como também da ineficácia dos almotacés de limpeza, por "serem sujeitos de menor condição a quem não se tinha respeito". A solução apontada será sua substituição pelo juiz mais velho. "(...) convém a seu real serviço e bem público dela que o efeito e disposição dele se encarregue aos mesmos oficiais do Senado da Câmara, a cuja autoridade e ordens obedecerão os moradores das ruas (...)[26].

Esses limites da intervenção da Câmara no cumprimento de suas atribuições, que dependem de denúncia dos habitantes, ação pessoal de um inspetor capaz de fazer impor medidas e da condição social do contraventor, levam até mesmo a Câmara a apelar para o Rei. É assim que, por exemplo, em 1759, sentindo-se incapazes de ver acatada uma ordem sua a respeito de encanamento de água que inundava as ruas da cidade, dificultando a passagem e prejudicando a "saúde pública", os oficiais da Câmara "recorrem a Vossa Majestade para que se digne mandar que todos os senhorios dos edifícios, que tiverem canos particulares que deságuam para a rua, sejam obrigados a subterrá-los por forma que fique a cidade livre dos maus hálitos, que resultam de semelhantes imundícies, ficando aos moradores o trânsito liver não só nos atos particulares, mas ainda nas unções de procissões e saídas do Sacramento (...)[27]. O que levou o Rei a reponder ao Vice-Rei Marquês do

26 "Ordem que se mandou aos juízes Antonio Teles de Meneses e Gonçalo Ravasco Cavalcante e Albuquerque e aos vereadores Antonio Machado Velho, Francisco Pereira Botelho e Bartolomeu Soares sobre a limpeza da cidade", Bahia, 21 de agosto de 1694; *in Documentos Históricos*, volume 86, p. 252-253.

27 Affonso Ruy de Souza, *História Política e Administrativa da cidade de Salvador*, 1949, p. 299-300; e *História da Câmara Municipal de Salvador*, 1953, p. 150-151.

Lavradio através do Conselho Ultramarino mandando "que os senhorios de casas cujos edifícios têm canos que deságuam nas ruas públicas sejam obrigados a mandarem subterrá-los e metê-los nos canos reais em forma que fiquem as ditas ruas livres das imundícies dos despejos das mesmas casas (...)[28].

Tudo isso mostra não só os limites da intervenção da Câmara e da administração colonial, como também o significado específico de suas atribuições que não diz respeito a uma política de saúde capaz de organizar, a partir de uma reflexão e de medidas de tipo positivo, o funcionamento da cidade. A saúde da população está na dependência da presença de obstáculos; quando aparecem e são sentidos pelos habitantes como algo nefasto, a ser proscrito e portanto denunciado, são afrontados pela Câmara de modo local, disperso e sem continuidade. A presença de um perigo dita medidas de defesa que não implicam a idéia de periculosidade e o projeto de prevenção.

Daí o caráter punitivo da ação da Câmara. Não se pode assegurar a eficácia e a continuidade das medidas, visto que há dependência não só da cooperação dos habitantes, acatando ordens ou não, denunciando infratores, como também da própria vereação, que é eletiva, não garantindo a continuidade das portarias. A população não é o objeto de uma intervenção que assegure o aumento de seu nível de saúde. Através de uma ação pontilhada, pensa-se em evitar a doença, retirando a sujeira: intervenção que depende, entretanto, da ação privada.

Um ultimo aspecto, da maior importância para o aprofundamento do tipo de relação que procuramos estabelecer entre a administração colonial e a questão da sociedade, precisa ainda ser analisado: o da figura do médico, não do médico em geral, mas daquele que esteve

28 *ibidem*

diretamente vinculado à Câmara. Vários documentos assinalam que não só a existência como também as atribuições do que denominam "médico da cidade", "médico da Câmara" ou mesmo "médico da cidade e Câmara"; e isso desde 1553, pouco depois da fundação da cidade de Salvador.

Qual é o raio de atuação deste médico que recebe salário fixo, saído dos vencimentos da Câmara? Se em certos documentos sua importância enquanto médico que assiste a população da cidade e de seu termo é colocada[29], em outros documentos suas obrigações não dizem respeito, como atividade inerente ao cargo, à assistência da população. Num "termo que mandaram fazer os oficiais da Câmara do salário que se há de pagar ao licenciado Ventura da Cruz Arrais médico desta cidade e Câmara na forma da provisão de Sua Majestade Deus o guarda"[30], de 22 de março de 1666, as obrigações citadas são: curar e visitar os oficiais da Câmara e suas famílias todas as vezes que o chamarem, sem por isso levar mais que o dito salário; ir aos navios e barcos que vierem com notícia de mal contagioso; vir ao Senado todas as vezes que for chamado.

O médico aparece fundamentalmente como um assessor, um consultor da Câmara; como aquele que vai curar os doentes, que atesta a doença, que é consultado em determinadas ocasiões e que recebe ordens. Sua ação se concentra, principalmente, em uma terapêutica de tipo individual e curativa, sem nenhuma incidncia direta sobre a vida da cidade como um todo. O "médico da cidade e Câmara" não é alguém encarregado de dirigir ou orientar os encargos de saúde — é, no máximo, assessor da Câmara nas "visitas de saúde" aos navios, feitas sobretudo quando há perigo de peste — mas apenas um médico que dela recebe ordenado para assistir a população, em uma época de proibição de ensino universitário no Brasil e conseqüente escassez de médicos, que devem vir de Portugal. Se é possível dizer que a Câmara tem atribuições para tomar medidas que implicam a relação entre a doença e as condições da cidade, isso não significa, porém, que o médico, através de seu saber ou seu poder, dirija ou mesmo oriente esta ação da Câmara. O que se nota, ao contrário, é a presença de um saber sobre a doença nas instâncias político-administrativas — o Rei, o Conselho Ultramarino, o Governador geral, as Câmaras Municipais, etc. — que tem como objetivo orientar a ação fragmentária, punitiva, restauradora e além disso independente da medicina.

Tudo isso é muito pouco para que se possa falar de medicina social. Por um lado, não há presença do saber da medicina, nem do médico como uma autoridade, nas questões que dizem respeito a uma ação política sobre a cidade tendo em vista a saúde da população. Só a ilusão retrospectiva dos historiadores, que buscam continuidades sem respeitar o tempo próprio dos conceitos, pode falar de higiene pública durante todo esse período. A higiene será um tipo de intervenção característica de uma medicina que coloca em primeiro plano a questão de sua função social; que produz conceitos e programas de ação através de que a sociedade aparece como o novo objeto de suas atribuições e a saúde dos indivíduos e das populações deixa de significar unicamente a luta contra a doença para se tornar o correlato de um modelo médico-político de controle contínuo. A higiene pública é uma face da medicina social. Por outro lado, também não se pode falar na existência de uma higiene desmedicalizada. E isso porque o poder político-administrativo não somente vai pouco

29 "Carta dos oficiais da Câmara da vila de S. Francisco de Sergipe do Conde", 12 de novembro de 1712; *in Documentos Históricos*, volume 96, p. 77.

30 *in Documentos Históricos, volume* 4, p. 227.

além de uma simples percepção de que a sujeira urbana é responsável por doenças, como não realiza um controle contínuo da cidade. As Câmaras se limitam a responder a situações que relacionam sujeira e doença, através de determinações que reafirmam as posturas e de cargos que duplicam ou completam outros existentes, sem entretanto planejar ou executar um trabalho sanitário preventivo.

Que relação é possível estabelecer entre Fisicatura e Câmara no que diz respeito à maneira como as instituições coloniais realizam os "encargos de saúde"? A Fisicatura, como vimos, é dominada pelo objetivo, que se expressa de maneira negativa, de coibir os abusos, punir os excessos, delimitar o âmbito de ação de cada tipo de "profissional de saúde" e impedir a existência não legal de qualquer pessoa nas mesmas atribuições. E as Câmaras respondem a denúncias de sujeira e podridão, ou a sua eventual descoberta, através da fragmentada prática de punição e reparação, onde na maioria das vezes nem mesmo aparece referência à doença. Ação sempre realizada depois do aparecimento de algum fato que dificulta o funcionamento da cidade: animal morto nas ruas ou solto pela cidade, poças d'água impedindo a passagem, alimentos deteriorados vendidos no mercado, etc.

O que caracteriza, portanto, essas instituições é a atribuição de fiscalizar seja o exercício da medicina, seja o bom funcionamento da cidade baseada em denúncia de irregularidade, visando a impedir que um mal se propague através da promulgação de leis e punição dos infratores. Ação *a posteriori* que, no melhor dos casos, se repete monotonamente depois de cada caso de desordem, sem obedecer ao estabelecimento de condições globais indispensáveis à transformação da vida da população e que, por conseguinte, se define mais pela doença do que pela saúde.

Basicamente, uma se encarrega de fiscalizar a medicina em tudo que diz respeito à legalização de seu exercício enquanto as outras se voltam para os objetos e elementos que, no meio urbano, estão efetivamente ameaçando a vida. O que não significa que haja uma perfeita simetria na divisão dos encargos. Os médicos são consultados pelas Câmaras para dar parecer sobre doenças que grassam nas cidades ou são chamados como assessores nas visitas ao navios quando há perigo de peste, ou aos mercados, para julgar da deterioração de alimentos. As Câmaras não ficam alheias à tarefa de fiscalização da medicina, cirurgia e farmácia, na medida em que, para exercer a profissão em determinado lugar, o médico, o cirurgião e o licenciado, além de receberem o título junto à Fisicatura, também necessitam estar inscritos nas Câmaras; do mesmo modo estas proíbem que se vendam remédios sem licença especial, precisando por isso as boticas serem licenciadas como estabelecimentos comerciais.

Para se compreender o estatuto da problemática da saúde durante o período é necessário afirmar que além de uma heterogeneidade, que nem sempre é total, entre os objetos que fazem parte do raio de ação da Fisicatura e das Câmaras, há uma perfeita homogeneidade no modo como atuam essas duas instituições. A fiscalização que elas realizam se processa da mesma maneira, denotando um tipo de exercício do poder que é fundamentalmente proibitivo, repressivo, punitivo. O que permite afirmar que a sociedade colonial não se arma com medidas capazes de enfrentar o perigo da morbidade e da mortalidade acionando dispositivos capazes de preveni-lo.

A administração portuguesa não se caracterizou, pelo menos até a segunda metade do século XVIII, pela organização do espaço social visando a um ataque planificado e continuado às causas de doença, agindo

por isso de modo muito mais negativo do que positivo no que diz respeito à saúde.

O que basicamente se evidencia na leitura dos documentos deste período que se referem à "saúde dos vassalos", "saúde dos povos", "saúde da população" e mesmo "saúde pública", é que o termo saúde nunca é tematizado em si mesmo, nunca é definido ou explicitado. Nem a reflexão médica nem a prática política se organizam no sentido de fazer da saúde um objetivo fundamental de sua especialidade. Isto não significa que não haja uma preocupação com a saúde, interesse para com ela, ou que não seja percebida como valor. Entretanto, o que se constitui explicitamente como problema é seu inverso, sua marca negativa, a doença e a morte.

Perspectiva mais de combater o mal do que de cultivar um bem. A saúde não aparece como algo que possa ser produzido, incentivado, organizado, aumentado. Embora encerre o máximo de positividade, só é percebida negativamente pela presença da realidade representada pela doença.

Mesmo quando em seus planos aparece a preocupação com o aumento da população, isto nunca é enfocado com relação à saúde. É como se vida e saúde fossem pensadas como sinônimas, por um raciocínio não explicitado, e se afigurasse como impensável o projeto de aumentar a saúde da população como condição de conseguir o seu desenvolvimento. O que aparece é sobretudo o medo de que uma doença acarrete sua devastação. Medo que se expressa, por exemplo, na maneira como sobretudo as pestes durante todo esse período são consideradas como as verdadeiras doenças e contra as quais é organizado um dispositivo político-médico de combate. Como situação esporádica, provisória e de exceção, as pestes atacam a segurança e a estabilidade da sociedade, diminuem e debilitam as populações e impedem o comércio.

Uma prova da inexistência e mesmo da impossibilidade de um projeto contínuo de medidas no que diz

respeito aos vários aspectos da política colonial é a centralização dos mecanismos administrativos, que exigia que toda questão referente à vida da Colônia e ao seu funcionamento político-econômico dependesse diretamente do Rei de Portugal ou quando muito de seus assessores imediatos. O que não significa que tenha existido uma planificação do Estado através do recolhimento de informações provindas das mais distantes localidades, servindo para elaborar um saber que integrasse as singularidades a uma estratégia de ação empenhada na transformação e no aprimoramento da sociedade. O que se nota basicamente é não que se planifique, mas que se autoriza. O poder português se exerce através de uma estratégia de fiscalização, não só porque privilegia economicamente o fisco, a cobrança de impostos, sem planificar a organização da produção e do comércio, como politicamente procura verificar, centrado na própria pessoa do Rei, se os súditos cumpriram suas obrigações e se não se excederam em seus privilégios.

Para aprofundarmos, entretanto, o estatuto próprio da problemática da saúde até o século XIX, não podemos nos limitar à investigação deste poder médico encarregado de fiscalizar o exercício da medicina, cirurgia e farmácia que foi a Fisicatura ou da ação das Câmaras Municipais no que diz respeito ao funcionamento da cidade combatendo a sujeira, podridão e o perigo da peste. Uma outra instituição deve ainda ser analisada quando se põe a questão da função social da medicina e se pretende distinguir o tipo de organização e funcionamento dos cuidados de saúde como existem a partir do nascimento da medicina social e sua configuração antes do início do que se pode chamar a nossa modernidade. Essa instituição, fundamental para se compreender a medicina a partir do século passado, tanto no que diz respeito à sua teoria quanto à sua prática, é o hospital. Como situar o hospital, instituição priva-

da, no âmbito de atuação da administração colonial? É a medicina da época uma medicina hospitalar? Como o exemplo do hospital pode nos ensinar sobre a relação entre medicina, saúde e sociedade?

Socorrei os pobres e os soldados

Os historiadores de hospitais parecem sempre excessivamente preocupados com as controvérsias sobre as suas datas de fundação. Certamente porque, decidida a data de nascimento, poderão traçar a história de um desenvolvimento que, entre acidentes e desvios, percorre a trilha segura do progresso desde sua origem até a feição moderna.

No que se refere ao hospital colonial, os historiadores o vêem como o momento inicial de uma instituição que alcançará sua maturidade na indubitável perfeição dos hospitais modernos. Infância tratada alternativamente com indulgência e pedagógica firmeza, segundo se reconheçam nela potenciais qualidades ou, ao contrário, se descubram enganos e ignorâncias que a desviem do seu modelo adulto. Indicam então que o hospital colonial ainda não é limpo, organizado, eficiente — precariedade inofensiva pois, como na criança, o crescimento fará desaparecer. Do hospital colonial ao hospital moderno, os historiadores se limitam a polir, na opacidade dos tempos, as várias faces deste crescimento para fazer brilhar a sua inconfundível identidade.

Existirá realmente este elo que permitiria, recuando na história, encontrar no hospital colonial a infância do hospital moderno? Na verdade, não podemos encontrar nenhuma semelhança entre o tratamento dos doentes

nos hospitais coloniais e o que, a partir do século XIX, passou-se a esperar — se não efetivamente ministrado, ao menos preconizado como adequado — de um hospital.

Não existe, primeiramente, uma assistência médica contínua aos enfermos que possa lhes fornecer um diagnóstico mais ou menos preciso a ser comprovado pela observação constante da evolução da doença. Ausência de medicalização do hospital que se evidencia no reduzido número de médicos e cirurgiões que compunha suas equipes. O serviço hospitalar da Santa Casa do Rio de Janeiro limitava-se no começo do século XVIII a apenas dois médicos, um cirurgião e um enfermeiro auxiliado por um ajudante e mais dois escravos, para uma população de mais ou menos duzentos e cinquenta doentes[31]. Além disto, não é diária a presença destes médicos nos hospitais, sendo ainda irregulares as suas visitas. Não encontraremos, fato comum a partir do século XIX, nenhum regimento que determine sua freqüência e duração.

A vigilância médica sobre os doentes para acompanhar a marcha das moléstias está fora das preocupações do hospital colonial. Nem mesmo uma outra vigilância — esta sobre a permanência dos doentes recolhidos no interior do hospital — é possível aos enfermeiros: o pagamento de um porteiro torna-se necessário "por respeito dos soldados não saírem para fora e outras coisas mais"[32].

A assistência aos enfermos é sempre competência e tarefa de religiosos: são eles os enfermeiros dos hospitais coloniais. Uma carta do Governador da Bahia ao

---

31 "Relação do sgastos da Misericórdia do Rio de janeiro, depois que tomou a seu cargo a cura dos soldados da guarnição da Praça", *in Anais da Biblioteca Nacional*, volume 39 (período 1616-1729), p. 497. Documento não datado, sendo sua data provável 1727.

32 *ibidem.*

Rei, acerca da fundação de um hospital na Vila da Cachoeira pelos religiosos de São João de Deus, expõe a necessidade de uma equipe constando "do Prior, do sacerdote e de dois religiosos para a assistência da enfermaria, sendo porém um destes boticário que saiba a arte farmacêutica que com zelo possa estabelecer uma botica com medicamentos e aprestos tais que mereça o nome de boa"[33]. Documento que nos sugere a inexistência de uma personagem de tipo médico na organização da botica e na administração de medicamentos, seja aos enfermos do hospital ou à população local: "estabelecida uma (botica) capacitada e administrada por um religioso bom professor, não só podem ser bem servidos os enfermos com os medicamentos que lhes forem necessários, mas também ao público e conveniente"[34].

Qual é o tratamento dispensado aos doentes nos hospitais coloniais? Pelas queixas dos militares aos serviços da Santa Casa, queixas que se referem fundamentalmente à exiguidade do espaço reservado para as enfermarias dos soldados, encontramos referências que nos esclarecem a respeito da inexistência de uma organização terapêutica do espaço interno do hospital: "curam-se em uma só casa bastante abafada e assistidos de um só enfermeiro, quer sejam os doentes muitos quer não, pelo que não pode acudir a todos a tempo, e do mantimento a cada passo estão vindo queixas de ser de má qualidade"[35]. Quando surge uma peste, esta situação precária do hospital evidencia-se tristemente, como na ocasião da epidemia de varíola em Salvador: "Entrou esta cidade a experimentar o terrível contágio das bexigas e entrou a ver-se com horror os estragos causados por este pernicioso mal. Não escapou dele a tropa, tanto paga, como auxiliar, que junta estava para a defesa e sendo o Hospital Militar na Casa da Misericórdia, consistindo em uma só enfermaria em que apertadamente cabem setenta camas, sem que houvesse lugar de poder fazer-se outra e cresciam os doentes todos os dias, que chegaram ao número de 400; resultou exaltar-se a dita epidemia, por deitarem em cada cama dois e três enfermos, deitarem outros em esteiras pela coxia da mesma enfermaria e finalmente, por não caberem já de modo algum, deitavam os doentes debaixo da arcada, que forma o claustro, onde esperavam para serem tratados, que a tumba lhes fizesse lugar na referida enfermaria"[36]. Assim tratados, "era raro o que escapava da morte tendo entrado no hospital" pois mesmo quem não tivesse sido atingido pela epidemia, era vítima do contágio durante o internamento: "tinha sucedido de terem entrado alguns para o hospital com pequenos ferimentos e morrerem de bexigas"[37].

O uso de esteiras na falta de camas é uma prática corrente mesmo sem a presença de peste. Sem exigirem espaço, elas permitem um alargamento imediato e barato da capacidade das enfermarias: "gasta-se mais em esteiras, cada ano 24 $ 000 réis, e às vezes mais, conforme a quantidade dos doentes e é uma confusão esta despesa pela grande quantidade que se gasta todo o ano"[38]. As esteiras espalhadas pelo chão são mesmo em

---

33 Carta do Governador da Bahia, Conde Dom Marcos Noronha, 8 de outubro de 1757, *in Arquivo do Conselho Ultramarino*, volume 19, p. 66v.

34 *ibidem*.

35 Ofício do Governador da Bahia, Conde de Azambuja, 4 de julho de 1767; *in Anais da Biblioteca Nacional*, volume 32, p. 172.

36 Ofício do Governador Manuel da Cunha Menezes, 19 de janeiro de 1779; *in Anais da Biblioteca Nacional*, volume 32, p. 421.

37 *ibidem*.

38 "Relação dos gastos da Misericórdia do Rio de Janeiro, depois que tomou a seu carço a cura dos soldados da guarnição da Praça", *in Anais da Biblioteca Nacional*, volume 39 (período 1616-1729), p. 497. Documento não datado, sendo sua data provável 1727.

maior número que os leitos nos hospitais coloniais de grande movimento, o que nos mostra a inexistência de um planejamento para limitar a sua população em razão da disponibilidade de espaço.

Embora esteiras e doenças se amontoem no espaço hospitalar colonial, uma certa ordem preside a distribuição de suas enfermarias. Estranha ordem para nós: não é um critério médico que as divide e nomeia. Os cento e oitenta doentes internados na Santa Casa da Bahia em 1694 eram distribuídos em seis enfermarias classificadas por critérios heterogêneos: enfermaria das febres, enfermaria de azougue, enfermaria das chagas, enfermaria dos convalescentes, enfermaria das mulheres, enfermaria dos incuráveis[39].

O documento que fornece esta classificação indica também a escassez de leitos, o que demonstra a referida falta de limites para a aceitação de internos. Assim, a enfermaria das febres dispunha de dezesseis catres, com colchões rotos, dezoito esteiras no chão, sem colchão ou travesseiros e com apenas um lençol; a enfermaria de azougue, destinada ao tratamento com unturas, dispunha de seis catres; a enfermaria das chagas possuía vinte catres e vinte esteiras no chão, também sem colchão ou travesseiro; a enfermaria dos convalescentes tinha dezoito catres e vinte e quatro esteiras; a das mulheres tinha dezoito catres, sem colchões[40].

No mesmo hospital da Bahia, no século XVIII, são adicionadas acomodações destinadas aos loucos, as chamadas "casinhas de doudos"[41]. Sabe-se que estas acomodações não constituíam um espaço de tratamento, mas

[39] Documentos de 28 de junho de 1694, Arquivo da Santa Casa da Misericórdia da Bahia; cf. Lourival Ribeiro, *Medicina Colonial*, p. 40-41.
[40] *ibidem*.
[41] Arquivo da Canta Casa da Misericórdia da Bahia, volume 850, p. 274v, documento mencionado por A.J.R. Russel-Wood, *Fidalgos and Philanthropists*, p. 276.

lugar de encerramento, de reclusão. Junto aos loucos, ambos nivelados na mesma inferioridade social, acomodavam-se os carregadores de caixões de defunto, o que mostra que necessidades de ordem médica, tratamento e cura das moléstias não presidiam a organização do espaço hospitalar. Imposições administrativas ou mesmo exteriores ao hospital determinavam esta organização, como é o caso da ordem do Conde de Atouguia para se reservar dez cubículos para soldados em uma das enfermarias do hospital. O Conde, preocupado com a negligência dos serviços da Santa Casa aos soldados, chega a ordenar a presença de um oficial nessa enfermaria para inspecionar o tratamento[42].

Outras imposições, principalmente de ordem religiosa, determinaram esta organização. Pela descrição do hospital da Caridade, inaugurado no Pará em 1785 pelo Bispo — que através de esmolas conseguiu fazer construir o hospital destinado a "aliviar enfermos miseráveis"[43] — vemos que sua arquitetura interna responde fundamentalmente às necessidades do culto religioso. Ao lado da separação por sexo e de algumas indicações de cuidados higiênicos, a descrição surpreende pela primazia do local religioso no espaço hospitalar ele deve ser visível por todos os doentes, estejam eles em quaisquer das enfermarias. A exigência de visibilidade do altar desvela a função religiosa do hospital colonial: ele se organiza, em seu espaço e funcionamento, de maneira a preparar, pela religião, uma boa morte. O edifício tem três pavimentos; "a planta consta de dois quadrados ligados por um paralelogramo, cuja base tem os dois terços da largura do terreno. No primeiro pavimento do quadrado da frente, sobre o qual levantaram os dois sobrados, está a casa que se destinou para a

[42] Cf. A.J.R. Russel-Wood, *op. cit.* p. 284-285.
[43] Antonio Ladislau Monteiro Baena, *Compêndio das eras da provincia do Pará*, 1838, p. 332.

botica e o corredor da entrada; no segundo pavimento a sala do consistório dos irmãos da caridade e a casa do cofre; e o terceiro é todo uma sala. No primeiro pavimento do quadrado da espalda do edifício duas casas desiguais para enfermarias quando seja preciso, uma galeria com pilares e balaústres de madeira e latrina de fácil escoamento e com vestíbulo entre as portas: debaixo deste pavimento há outro todo lageado, onde se acha a cozinha e aposentos dos escravos, com janela e porta para um cais de cantaria com escada: no segundo pavimento há uma sala e outra menos larga, ambas para enfermaria sendo preciso, galeria igual à debaixo e latrina. O primeiro pavimento do paralelogramo, que une os dois referidos quadrados, é uma enfermaria assoalhada de tábuas até a coxia do qual o soalho é de ladrilho: o segundo é uma grande casa e galeria (...). A dita grande casa é uma enfermaria, que tem vinte e um cubículos sem porta, mas que fecham com cortinas de lançaria da Ásia e suficientes cada um para conter o leito; e tem no fim da coxia um altar com retábulo de talha dourada e contornado de uma balaustrada: esta enfermaria tem saída para o consistório, para as casas da parte que olha para o mar, e para a galeria interior por duas portas, uma correspondente ao centro da enfermaria e a outra defronte do lado direito do altar. A enfermaria das mulheres é no terceiro pavimento do quadrado da dianteira (...). Nesta enfermaria há uma janela coberta com gelosia, da qual assistem as enfermas à missa, que se diz no sobredito altar"[44].

Esta função religiosa do hospital colonial encontra sua melhor personificação na figura do "capelão da agonia", padre encarregado da assistência espiritual dos enfermos, e que tinha como obrigação percorrer dia e noite as enfermarias do hospital para acompanhá-los na

[44] *ibidem* p. 331-332.

morte. A presença permanente do capelão acentua esta ausência do médico no interior do hospital, que vínhamos indicando. Seria inexato afirmar a inexistênca do tratamento no hospital colonial; mas não seria correto pensá-lo em termos de uma atividade médico-hospitalar. O médico não conjuga sua prática à prática hospitalar, entregue ao pessoal religioso e administrativo.

A administração da Santa Casa é feita pelos irmãos da Misericórdia, eleitos provedores e tesoureiros. A dos outros hospitais está a cargo dos religiosos. A administração do hospital da Providência de S. João de Deus da vila da Cachoeira, por exemplo, é exercida por quatro padres: "o Prior frei João de São Thomas se ocupa no governo e nas dependências do hospital; frei Isidoro José do Rosário, sacerdote, em dizer missa, administrar os sacramentos aos enfermos, e ir ao peditório; o doador frei Antonio da Nossa Senhora de Belém em servir aos enfermos com muita caridade e a pedir esmolas na vila e no porto de São Félix que fica defronte passado o rio; frei José de Sant'Anna em andar pedindo esmolas pelo recôncavo, e é procurador da Casa; os donatos vão aos peditórios de gado, tabaco e de outros gêneros"[45]. Nesta administração não existe, em nenhum momento, a interferência do médico, nem mesmo em assuntos diretamente ligados ao tratamento. Na Misericórdia de São Paulo, por exemplo, devem-se nomear "por pauta os irmãos a quem toque por mês acudir com o sustento dos enfermos, nomeando-se também por eleição dois procuradores que alternadamente zelem dos enfermos, se lhes faz o comer a tempo, se os curam e olham deles com a devida caridade, e que assistam quando vier o cirurgião ou médico para fazer dar a

[45] Carta do Chanceler da Relação da Bahia, 20 de setembro de 1761; *in Arquivo do Conselho Ultramarino*, volume 19, p. 148v.

execução o que receitar (...)[46]. Não participando da gestão do hospital, ele não irá, como vimos, interferir na organização de um espaço terapêutico onde a observação e o registro das moléstias permitisse seu conhecimento e combate. Fisicamente ausente do cotidiano hospitalar, sua inspeção será sempre lacunar, através de visitas esparsas e rápidas. Esta ausência não indica contudo uma falha na organização interna do hospital: ela aponta para um objetivo diverso que preside esta organização e permite explicar o hospital colonial.

O serviço de hospitalização da época colonial é, fundamentalmente, uma atividade assistencial, destinada sobretudo aos doentes pobres. Assistência promovida por ordens religiosas e, principalmente, pelas Santas Casas da Misericórdia, aqui fundadas por irmandades de leigos que se encarregam também de sua administração. A assistncia material e espiritual à doença é, ao menos no que se refere à hospitalização, uma recomendação religiosa: "O padre Vice-Provincial determinará, conforme as circunstâncias dos tempos e lugares, o que se há de fazer sobre haver nas aldeias hospital ou enfermaria perto da casa dos missionários, aonde se curem todos os enfermos da aldeia com toda a caridade, a quem não tem suas casas por sua extrema miséria, e pouca caridade dos seus, a qual os nossos procurarão suprir não só espiritual, mas também corporalmente como se costuma, socorrendo-os com medicamentos, sustento e regalo, quanto a nossa pobreza der lugar, e tendo cuidado que lhes não falte quem os sirva, e a este fim visitarão todos os dias a enfermaria, havendo-a, e a aldeia ao menos duas vezes na semana[47].

[46] Termo feito em Mesa que mandou fazer o senhor provedor Izidro Tinoco de Sá, 24 de abril de 1715, *in* Raul Volta, *A Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de São Paulo nos primórdios de sua existência*, p. 24.

[47] Antonio Vieira, "Visita", 1658-1665; *in* Serafim Leite Leite S.J. *História da Companhia de Jesus no Brasil*, volume IV, p. 109.

Os doentes dos hospitais da Misericórdia foram, primeiramente, os pobres. A ata de fundação do hospital de São Paulo indica este objetivo: "todos juntos assentaram e concordaram que na Santa Casa de Misericórdia houvesse hospital para sempre, para remédio e futuro dos mais pobres e indigentes, como com efeito se deu princípio logo, pondo camas, e recolhendo-se neste mesmo dia declarado uma mulher pobre com um braço podre, para tratar do seu remédio, e nesta forma se aceitarão os necessitados, como acima está dito, fazendo petição a mesa manifestando sua necessidade, da qual se tomava informação, se tem com que se possa honestamente curar fora em suas casas sendo somente visitadas pela caridade desta Santa Casa; porque as que estiverem com conhecida pobreza que nem ainda visitadas possam ser curadas em suas casas, estas pessoas se tratarão, digo se trarão para o hospital (...)"[48].

Mas não são somente os doentes pobres que se beneficiam dos serviços dos hospitais da Misericórdia. Também os forasteiros e, principalmente, os soldados e marinheiros eram ali internados por não lhes ser reservado nenhum outro estabelecimento. É o que nos indica a carta da Mesa da Misericórdia de São Paulo ao Rei, que justifica o seu pedido de auxílio para um hospital que "carece de edificar-se, e muito mais no tempo presente, em que se acha tanta multidão de forasteiros que concorrem a esta capitania, e companhia de soldados que assistem ao Governador dela, e sendo esta Casa da Misericórdia a única que há em toda a capitania da

[48] Termo feito em Mesa que mandou fazer o senhor provedor Izidro Tinoco de Sá, 24 de abril de 1715; *in* Raul Votta, *op. cit.*, p. 23-24.

serra acima, não tem hospital em que possam ser recolhidos e curados"[49].

São os soldados pobres que constituem o maior número de enfermos assistidos pelos hospitais. No Rio de Janeiro, em 1684, o Provedor da Santa Casa justifica um pedido de auxílio à Coroa, alegando que "as despesas do hospital eram tão extraordinárias, que um ano por outro se gastavam 2.445$000 réis, por se curarem cada um ano duzentos e vinte e tantos enfermos, sendo os mais deles soldados, que por pobres não tinham outro abrigo"[50].

A assistência dada aos soldados acabará por causar um conflito entre a Fazenda Real e a Santa Casa: pelos serviços prestados aos soldados, a Santa Casa recebia da Fazenda Real 200 réis por dia por cada enfermo[51]. Contudo, o aumento crescente do número de soldados hospitalizados tornou este auxílio insuficiente para as despesas, acabando por prejudicar a realização do objetivo principal da Misericórdia, a assistência aos indigentes. A irmandade decide não receber mais os mlitares. Ainda quando o Rei acrescenta mais 400 réis a esta taxa[52], a Santa Casa mantém a recusa, só concordando em voltar a recebê-los após a proposta do Governador segundo a qual "se pagará da Fazenda Real todo o gasto que na dita Santa Casa se fizer com cura dos ditos soldados e além disso se darão mais 100$00 réis de esmola para a dita Santa Casa pelo trabalho dos serventes dela"[53]. Este conflito não só nos revela a precariedade da proteção financeira da Coroa, como

49 Carta da Casa da Misericórdia de São Paulo, 26 de julho de 1729; *in Documentos Históricos*, volume 1, p. 219.
50 *in Anais da Biblioteca Nacional*, volume 39, p. 168.
51 Cf. *Anais da Biblioteca Nacional*, volume 32, p. 421.
52 Carta do Governador D. Alvaro da Silveira de Albuquerque à Mesa da Misericórdia, 3 de agosto de 1702; *in Anais da Biblioteca Nacional*, volume 39, p. 496.
53 *ibidem*.

também a sua quase total omissão na criação de hospitais especiais para soldados.

A necessidade de hospitais destinados a soldados só se faz sentir quando se tornava patente a incapacidade das Casas da Misericórdia em cumprir a tarefa de assistir ao soldado enfermo ou ferido. Esta incapacidade aparece seja sob um aspecto quantitativo — os hospitais da Misericórdia não comportam o número de soldados doentes, obrigando a que estes sejam deslocados para estabelecimentos não hospitalares e mesmo para casas particulares —, seja sob um aspecto qualitativo — o tipo de atendimento é criticado em ocasiões caracterizadas por um aumento de doentes e feridos, como chegada de novos contingentes do Reino e batalhas. O hospital, incapaz de cumprir os objetivos de conservação da tropa para defesa do território, surge como um lugar a ser evitado, por produzir morte e, assim, prejudicar os interesses financeiros e militares da Coroa. Durante a referida polêmica da Fazenda Real com a Santa Casa do Rio de Janeiro, o Conselho Ultramarino relata as dificuldades, apontadas pelo Governador, que determinam a urgência de um hospital unicamente para soldados: "como sucedeu que a infantaria que foi do Porto adoeceu a maior parte e não se puderam recolher todos os enfermos no hospital, por cuja razão se valeu ele Governador dos mesmos quartéis para se haverem de curar; e ateando as doenças em uma e outra parte, que morreram todos os serventes e enfermeiros do hospital, que se lhe seguiu uma perda considerável por estes serem negros que se não podiam achar outros para aquele exercício sem passarem alguns anos, duvidando por esta causa os irmãos da Misericórdia de aceitarem mais enfermos"[54].

54 Ofício do Conselho Ultramarino ao Rei, 20 de outubro de 1700; *in Arquivo do Conselho Ultramarino*, volume 22, p. 392.

Conjugados os dois aspectos — falta de espaço e de condições de atendimento — o hospital é visto como local de propagação da morte, ameaçando a conservação da tropa e, conseqüentemente, a defesa do Rio de Janeiro. É diante deste perigo que o Governador se obriga a propor a criação de um hospital para soldados, a ser administrado pelos religiosos de São João de Deus, enviados do Reino com esta missão: "desta sorte se evitará todo o dano que o Governador considera nestes miseráveis enfermos; ao qual se deve recomendar faça ter muito particular cuidado com eles, em tal forma que se lhes assista com todo o necessário sem lhes faltar nada para a sua cura; por ser justo se use com eles de toda piedade e também pela conveniência que resulta ao serviço de Vossa Majestade em se conservar a infantaria naquela praça, que é tão necessária para a sua defesa[55]. Contudo as propostas de hospitais especiais para soldados não foram efetivadas e até meados do século XVIII a Santa Casa continuou a recebê-los.

O aspecto assistencial é, portanto, o que melhor caracteriza a atividade hospitalar nos séculos XVII e XVIII. Por outro lado, esta assistência — seja ela exercida por instituições religiosas leigas ou eclesiásticas — será sempre de origem privada. A manutenção dos hospitais dependia da caridade dos habitantes — por intermédio de doação ou esmolas recolhidas nas ruas da cidade[56] — do rendimento das tumbas[57] e das arrecadações dos dízimos concedidos pelo Rei[58]. Dependente de orçamentos irregulares, as administrações tinham sua ação assistencial prejudicada por dificuldades financeiras[59]. As ocasionais doações e concessões reais não bastavam para assegurar a continuidade das obras.

Não existe, por parte da administração pública, nenhuma iniciativa de criação de hospitais: a ação do governo neste sentido limita-se às recomendações do Regimentos dos Governadores gerais[60], oferecendo uma inconstante proteção financeira. Muitas vezes esta só é efetivada após insistentes apelos da administração hospitalar ao Rei para o pagamento das concessões a ela

55 Ofício do Conselho Ultramarino ao Rei, 20 de outubro de 1700; *in Arquivo do Conselho Ultramarino*, volume 22, p. 393.

56 "O limitado rendimento deste pequeno e mal estabelecido patrimônio, que não pode chegar para a subsistência dos religiosos e despesa do curativo dos enfermos, faz com que seja preciso tirarem-se esmolas na Cachoeira todas as semanas" e também a carta do Rei para o Governador geral do Maranhão, de 10 de dezembro de 1697, ordenando que se mande construir uma enfermaria para os religiosos Piedosos pois o "capitão Hilário de Souza lhes deixou em testamento uma ermida que fabricou em pouca distância da cidade do Pará para junto dela fazerem enfermaria para os doentes que viessem do sertão, com obrigação de sua mulher a sustentar enquanto viva e lhes fazer casas em que assistam sempre dois religiosos e por morte de sua mulher 50 mil réis todos os anos para sua ordinária", *in Arquivo do Conselho Ultramarino*, tomo V, p. 220v.

57 Cf., por ex., o termo feito em Mesa que mandou fazer o senhor provedor Izidro Tinoco de Sá, 24 de abril de 1715; *in* Raul Votta, *op. cit., p. 24.*

58 Cf. carta do Rei ao Provedor-mor da Fazenda Real da Bahia autorizando cobrança de dízimo das galinhas, frangos, ovos, cabritos e leitões "para ajuda das necessidades e obras pias da cura dos doentes" da Misericórdia, 20 de novembro de 1691, *in Documentos Históricos*, volume 83, p. 111.

59 Cf. carta da Mesa da Santa Casa da Misericórdia de São Paulo de 26 de julho de 1729; *in Documentos Históricos*, volume 1, p. 219.

60 Regimento dos Governadores gerais do Estado do Brasil, capítulo 6º — "Das Casas de Misericórdia e Hospital que há naquele Estado encomendo também se tenha muito particular cuidado pelo serviço que se faz a Nosso Senhor nas obras de caridade que nele se exercitar, e se favoreça aos seus oficiais, fazendo-lhe pagar as ordinárias, que tiverem de minha fazenda dívidas em legados que lhe pertencerem, para que por falta do necessário não deixem de cumprir com as suas obrigações", *in Documentos Históricos*, volume 6, p. 321-322.

devidas[61]. A assistência hospitalar é menos uma assistência à doença que à miséria, situando-se em uma ação caritativa mais ampla que inclui crianças abandonadas, indigentes e prisioneiros.

Lepra, filha mais velha da morte

Através das análises da Fisicatura, Câmara Municipal e hospital, procuramos mostrar a inexistência, na época colonial, de um projeto de medicina social tanto no que diz respeito à higiene pública quanto ao exercício privado da medicina, projeto que tem no seu centro a problemática da saúde, sua criação e melhoramento. A afirmação desta inexistência poderia entretanto enfrentar dificuldades e mesmo dar lugar a uma objeção, ao colocar-se o caso de doenças que atingem um número elevado de pessoas, propagando-se por contágio e por isso denominadas de peste. Para combatê-las, provavelmente se organizaram estratégias que abrangiam a cidade e sua população. Se estas não foram organizadas, não foi devido à ineficiência ou à existência de interesses que impediram que isto acontecesse?

Através de dois exemplos — a lepra no Rio de Janeiro no final do século XVII e na primeira metade do século XVIII, a peste de Recife e Salvador, no final do século XVII — tentaremos mostrar que esta objeção já se coloca como uma decorrência da implantação histórica da medicina social, projetando no passado as exigências de uma racionalidade futura.

No final do século XVII e na primeira metade do século XVIII, uma ameaça aparece no meio da cidade, percorrendo seus caminhos, tocando em seus habitantes, acenando com a morte lenta, com a destruição de "uma das cidades mais notáveis que Vossa Majestade tem"[62]: a lepra, filha mais velha da morte; enfermidade que, dizem os documentos, "vai em aumento", colocando toda a população do Rio em perigo. Uma população, uma cidade ameaçadas de morte por uma doença considerada contagiosa e assimilada à peste por atingir um número crescente de pessoas e pela sua capacidade de alastramento. Contagioso, pestilento, incurável: estas são as três características fundamentais do chamado mal de São Lázaro.

Um mal pouco a pouco se alastra, silenciosa mas decisivamente, "de maneira que passam já hoje de quatrocentas as pessoas tocadas deste (...), e era preciso haver providências nesta matéria, que a não se lhe dar alguma em breves anos estaria inficionada toda a cidade"[63]. A sobrevivência da cidade e da população passa a ser incerta, como no caso da guerra. Neste caso, entretanto, a ameaça é externa, enquanto que a lepra corrói a coletividade no seu próprio interior. Para caracterizar este inimigo interno e a maneira como a sociedade dele se protege, é preciso responder a algumas questões: quem é o leproso e qual é o seu estatuto frente

61 Cf. a correspondência entre os Provedores das Santas Casas e os Governadores ou o Rei, *in Documentos históricos*, volume 1, p. 219 e volume 83, p. 111; *in Anais da Biblioteca Nacional*, volume LXI, p. 66 e volume LXXXIX, p. 168 e p. 456.

62 Memorial enviado ao Rei de Portugal pelo Senado da Câmara do Rio de Janeiro, 23 de maio de 1740; *in* Heráclides Cesar de Souza Araújo, *História da lepra no Brasil*, volume 1, p. 28.

63 "O número de atacados do mal de são Lázaro, sobre a edificação de um hospital para pestosos, obrigando os cidadãos a acompanhar as procissões", Rio, Correição do Ouvidor geral do crime João Tavares, 1739; *in op. cit.*, volume 1, p. 26.

à comunidade; porque ele é uma ameaça; quem o combate; e, finalmente, como a lepra e o leproso são combatidos. Através destes problemas, tentaremos ver se à lepra está ligado um projeto de medicalização da sociedade, se uma doença denominada peste desencadeia necessariamente a formulação de um projeto de medicina social.

Os documentos mostram que o mal de São Lázaro atinge qualquer um que esteja presente na cidade: ricos, pobres, escravos, livres, homens e mulheres. Em 1740, o antigo Ouvidor geral do crime do Rio de Janeiro, consultado em Lisboa pelo Rei sobre a doença, diz que "aquele contagioso mal tendo seu princípio não há muitos anos em negros e algumas pessoas do povo passou a outras de maior qualidade"[64]. Se o mal originou-se ou não em negros e pessoas do povo não importa: importa ver que assim foi assinalado, mostrando uma doença alastrando-se acima de qualquer divisão da sociedade. Entretanto, se é mal que pode atingir a todos, ele não faz de todos o mesmo leproso, na medida em que a possibilidade de se esconder do público ou de ser escondido, assim como os meios aos quais o leproso recorre — quando recorre — à procura de uma cura ou alívio são diferentes. Neste ofício do Ouvidor ao Rei, ele diz que as "pessoas de maior qualidade (...) sem repararem despesas têm procurado todos quantos os meios pode descobrir a medicina e com nenhum puderam evitar a chegarem a ser horrorosos espetáculos à vista"[65]. Ao mesmo tempo em que essas pessoas têm meios para recorrer à medicina, o que mostra que ela não está próxima de todos, parece também existir uma outra diferença entre os leprosos: maior possibilidade

64 Ofício do antigo Ouvidor geral do crime João Soares Tavares enviado ao Rei D.João V, 17 de novembro de 1740; *in op. cit.*, volume 1, p. 31.

65 *ibidem.*

entre os ricos do que entre os pobres de se esconder, de não se mostrar ao público, de não se transformar em espetáculo da cidade.

A figura do leproso não tem um significado único para a comunidade: ele é ao mesmo tempo portador de perigo e digno de caridade, compaixão. Sua solidão aproxima-se da solidão da morte, desperta ou deve despertar a mesma solidariedade que os mortos. Assim como não se deixam cadáveres insepultos, não se deve deixar leprosos desamparados. É um dever de caridade sepultar os mortos e amparar, dar abrigo àqueles que se acham entre a vida e a morte. Sendo assim, o leproso é e pode ser qualquer um; entre si distinguem-se pelo recurso à medicina e pela possibilidade de se furtar à visão pública; para os sãos, possíveis futuros leprosos, ele é aquele que os ameaça e por quem se deve ter compaixão. Figura que, entretanto, está presente no cotidiano da cidade, na vida de seus habitantes.

Por que o leproso ameaça? A existência de um número crescente de lazarentos, ou melhor, a atestação deste aumento, está ligada a uma teoria do contágio, presente — ainda que de maneira não muito explícita — nos diversos documentos que afirmam sempre tratar-se de um "mal contagioso": "suposto possa gerar-se na mesma pessoa que a tem, e assim talvez sucederia no princípio, já hoje não há dúvida de que há contágio e que de uns se vai participando a outros ,o que sucederá com mais facilidade achando disposições nos sujeitos, semelhanças nos humores, analogia nos espíritos"[66]. O problema então é a "comunicação das gentes", o contato entre as pessoas. Apesar de não ficar claro o que é contágio, fica claro que é sua ação que faz com que o mal

66 Físico-mor doutor Cipriano Pestana, Cirurgião-mor doutor Francisco Teixeira Torres, doutor José Rodrigues Froez, "Sobre o que se deve praticar com os lázaros a respeito da informação dos médicos da Corte", 27 de janeiro de 1741; *in op. cit.*, volume 1, p. 40.

se alastre. Ação que pode existir quando existe o contato, quando sãos e doentes se juntam em uma mesma localidade. É este caráter contagioso que faz do leproso uma ameaça, um portador de doença e morte. O leproso configura para a comunidade um futuro de morte e destruição.

Quem combate o leproso? A iniciativa de apontar os lázaros em aumento como ameaça à cidade, à população, parte da Câmara Municipal e daqueles que ela denomina "povo". Os oficiais da Câmara, em um memorial ao Rei de Portugal, falam dos "clamores e instânciais do povo"[67]. Existe um apelo do povo — apesar de o termo povo possivelmente ser usado em referência a uma determinada parte da população da cidade — por medidas de combate àquele que, no seu interior, ameaça. Entreolhando-se, os habitantes da cidade pedem ao Rei, através da Câmara, que algo seja feito de forma a impedir a morte deles, vassalos. A Câmara faz seu pedido apelando para a "piedade e grandeza" do Rei: piedade e grandeza que têm o poder de impedir a destruição das vidas dos habitantes-vassalos. O problema da lepra percorre um caminho entrecortado de silêncios, de decisões tomadas e esquecidas, novamente pedidas, recusadas: a Câmara, o Governador, o Ouvidor geral do crime, o Rei, são aqueles que pedem e decidem sobre o leproso, apesar de ser o Rei o único que tem o poder de permitir uma medida efetiva de combate.

Se a lepra pertence ao campo da morte e da doença, qual é o espaço ocupado pela medicina e pelos médicos, qual sua relação com a administração colonial neste aspecto? A consulta é este espaço: em 1740, a Câmara convocou junta de médicos, reunida na própria Câmara, para que sancionasse a necessidade de providências e informasse qual era o estado da população. A notícia dada pelos médicos baseia-se em sua presença individual na cidade: cada um parece contar sua experiência pessoal e juntar estas experiências cotidianas para formar uma idéia aproximada do número de lázaros e da urgência de providências, senão "chegarão os moradores todos a ficar inficionados do mal"[68]. Esta informação dos médicos, entretanto, não é deles exclusiva: nos documentos da Câmara, encontram-se as mesmas conclusões. Em outro momento, e desta vez pelo próprio Rei de Portugal, os médicos são chamados a dar seu parecer e seu plano de combate: em 1741, em Lisboa, é elaborado o documento "Sobre o que se deve praticar com os lázaros a respeito da informação dos médicos da corte". Novamente os médicos são consultados pela autoridade que tomará a decisão: eles falam através da boca do Rei, autorizados por este, chamados por ele. Este documento tem uma particularidade: o médico, destituído de poder de decisão e iniciativa, pede um papel importante no combate ao leproso — mas sempre se subordinando a uma autoridade a ele superior ou a uma situação da sociedade por ele não questionada.

Como se dá o combate? Quanto ao leproso, é comum, a todos aqueles que o colocam como ameaça, a proposta de uma medida: o afastamento da cidade e a criação de um lazareto, de um hospital onde possa viver. Nota-se, em primeiro lugar, que o combate é fundamentalmente ao leproso enquanto portador de um mal em última instância incurável e altamente contagioso. São as pessoas lazarentas que devem ser atingidas pelo plano de combate: elas devem ser retiradas do convívio do resto da população da cidade. As medi-

67 Memorial enviado ao Rei de Portugal pelo Senado da Câmara do Rio de Janeiro, 23 de maio de 1740; *in op. cit.*, volume 1, p. 28.

68 Carta do Ouvidor geral do crime João Soares Simons ao Rei de Portugal, 24 de maio de 1740; *in op. cit.*, volume 1, p. 31.

das propostas, portanto, têm uma dimensão basicamente individual — por dizerem respeito aos doentes — assumindo um caráter mais amplo pelo número elevado de doentes e pela necessidade de se descobrir os enfermos, impedindo que se escondam.

Uma segunda observação: todos os documentos, médicos ou não, falam de lazareto e hospital como sinônimos. Estes termos têm como significado básico a idéia de hospitalidade, de local acolhedor dos lázaros. A idéia de cura e tratamento é inexistente ou secundária. Trata-se de criar uma outra comunidade, isolada da comunidade sem chagas da cidade, que seja o mais possível auto-suficiente. A expulsão dos leprosos, no entanto, não é vista como a melhor solução, não só por ir contra os princípios de caridade como por não eliminar o perigo: "o principal remédio para a cautela dos não ofendidos e para a maior comodidade dos queixosos é apartá-los do concurso das gentes; não devem ser lançados fora das cidades como se fazia antigamente, pelo perigo que no interior do sertão possam comunicar o mesmo contágio de que se procura fugir nas vilas e mais povoações"[69].

O lazareto é medida universalmente proposta nos documentos: hospital que recebe lázaros, dando-lhes antes de tudo um abrigo, local intermediário entre a cidade e a sepultura. A medida de isolamento encontra-se duplicada, no documento enviado pelos médicos de Lisboa, de um poder pedido para o médico: poder de impor a exclusão da cidade e do convívio das gentes. Em um momento de doença e morte da população vassala, um grupo de médicos e cirurgiões ligados à Fisicatura mostra a necessidade de realizar uma ação protetora: ação sobre os doentes que não procura evitar e eliminar a causa da doença. O grito de alarme é ligado à morte: "é preciso impedir que a cidade pereça!".

A autoridade do médico está integrada à administração da Colônia enquanto cargo que deve ter atribuições, como de prender e punir. Os médicos, entretanto, descrevem uma situação de resistência possível por parte daqueles que deverão ser internados, indicando uma não aceitação da exclusão. Diz este documento: o médico da capitania deve ter "autoridade de mandar prender qualquer pessoa que encontrar ferida do mesmo mal e de o meter no lazareto, depois dar parte ao Governador ou a quem tocar o governo do mesmo hospital ou lazareto, e se for pessoa distinta, digo de distinção, com quem o médico se não atreva, dará conta em segredo para que o doente se não esconda e fuja e para que seus senhores os não ocultem porque lhe importará mais a perda particular do que a ofensa pública, se porão graves penas a qualquer escravo que não se manifestar e ao senhor que o esconder"[70].

Quanto ao combate à lepra, algumas medidas aparecem, por exemplo, no documento enviado de Lisboa em 1741. São propostos remédios e regime como forma de evitá-la e mesmo de curar os que não tiveram a confirmação da lepra elefantíaca: remédios frios e úmidos depois de algumas sangrias — sem remédios purgativos —, leite, tizana de cevada e centeio, amêndoa feita na mesma água de cevada com raízes de malha chicória, almeirão, língua de vaca seralhes, banhos de rio doce, e depois de umedecidos, poderão os doentes tomar caldos de víboras ou de outras serpentes, usar dos pós viperinos, do sal de víboras em quantidade determinada por médico assistente, etc.

69 Físico-mor doutor Cipriano Pestana, Cirurgião-mor doutor Francisco Teixeira Torres, doutor José Rodrigues Froez, "Sobre o que se deve praticar com os lázaros (...), 27 de janeiro de 1741; *in op. cit.*, volume 1, p. 41.

70 *ibidem.*

Este aspecto do tratamento liga-se a um outro tipo de medida de combate à lepra, ao seu aumento e poder destruidor: a restrição do que era chamado de abuso — cirurgiões não examinados, "metidos a médicos", que não só confundem o mal de Lázaro com outras doenças como tratam erradamente, aumentando o número de doentes e agravando a doença. É o médico que pode reconhecer o leproso, sendo esta justamente sua atribuição estatutária dentro do quadro da doença e da morte.

Como última medida proposta, estão as providências no sentido de verificar se há doentes nos navios: o leproso no navio é o veículo da lepra entre continentes, negação da medida de isolamento.

Sendo assim, o combate ao leproso — que é o combate principal — traduz-se no isolamento: criação do lazareto e verificação dos navios. O combate à lepra como doença é quase inexistente, significando apenas aplicação de alguns remédios e restrição aos "abusos" de cirurgiões. A grande medida é a exclusão do leproso para um local sem contato com a cidade.

Vejamos como se realizou este combate: na época deste documento médico enviado de Lisboa, uma série de cartas, ofícios, memoriais foi trocada entre o Rio e a metrópole a respeito da lepra como peste. Entre eles está a carta régia ordenando a construção do lazareto. Em 1741, o Governador Gomes Freire de Andrade determinou um destino para os lázaros: criação de um conjunto de casas reunidas onde estes pudessem viver. Em uma descrição posterior, feita em 1763, o Vice-rei Conde da Cunha descreve este lugar: "Pessoalmente fui examinar o sítio de São Cristóvão em que os cinqüenta e dois leprosos se acham, e ali vi que ocupavam umas pobríssimas casinhas ou choupanas, e estas arruinadas. Vi que estavam assistidos por três donatos dos religiosos de Santo Antônio e que estes com grande amor de Deus lhes assistiam, ajudados somente de algumas esmolas que por crimes graves foram mandadas das cadeias para aquele ministério"[71].

Mas o número de leprosos que ali está é reduzido, se comparado com o número de doentes atribuído à cidade, entre trezentos e quatrocentos. Índice de que a relação entre leprosos e habitantes da cidade não é de total exclusão e de que não há autoridade capaz de descobrir os doentes no seu interior. Além disso, a pobreza e o tamanho do local são significativos, no sentido de apontarem para uma impotência frente à doença e à morte. Em último lugar, há uma ausência da personagem do médico tanto na criação do lazareto como no seu interior: curiosamente, quem cuida dos doentes são religiosos e escravas criminosas, figuras diferentes dos outros habitantes da cidade enquanto intermediárias entre a vida e a morte. Uma escrava que cometeu crime grave e que está condenada e presa é alguém cuja vida não conta. Um religioso está ligado ao outro mundo e pertence ao mundo da salvação e da caridade. O leproso, vivo-morto, encontra no religioso e na escrava criminosa companheiros de exclusão, pessoas desvinculadas da cidade e de sua vida.

O exame destas questões indica a distância entre o projeto de medicina social e a investida sobre a lepra. Distância que pode ser sintetizada em dois pontos: o primeiro, relativo às figuras do médico e do doente; o segundo, relativo à luta pelo banimento da doença e da morte.

Quanto ao doente e ao médico. Por um lado, não existe o leproso como doente único. Nem todo aquele que contraiu o mal recorrer à medicina, utiliza-se de sua ação para voltar à vida e afastar a morte. O doente rico

---

[71] Carta do Vice-rei Conde da Cunha e Francisco Xavier de Mendonça Furtado, Ministro presidente do Conselho Ultramarino, 19 de dezembro de 1763; *in op. cit.*, volume 1, *p. 55.*

e o doente pobre são diferentes, possivelmente ocupando espaço diverso na cidade, cheia de recantos passíveis de serem utilizados como esconderijo, como moradia ocasional. A cidade possui locais desconhecidos, permite o desconhecimento, o ocultamento, o encobrimento. A cidade pode ser manipulada pelos leprosos. Além disso, estes não são só doentes — são também objeto de compaixão. Por outro lado, o poder de decisão não é dos médicos, quando se trata da lepra, e sim da administração colonial, em última instância do Rei. O papel dos médicos é consultivo e passivo.

Quanto à luta pelo banimento da lepra. Em primeiro lugar, o privilégio do doente como objeto do combate — o corpo de cada doente é sede da doença (que pode gerar-se na própria pessoa que a tem), idéia que limita a ação à retirada do leproso do convívio dos não-leprosos; ação que ocorre sobre um fato e não sobre uma possibilidade, que ocorre depois que a doença e o doente existem e não antes que os dois apareçam disseminando a destruição. Em segundo lugar, o objetivo do combate é antes de tudo restaurar um estado inicial da vida, considerado bom, e não agir para transformar a vida da cidade e da população. O objetivo é retirar o agente de destruição para trazer de volta o que havia antes. É criar um espaço onde este agente encontre paz e não ofereça perigo, onde ele possa viver e morrer — não onde ele seja transformado e curado para voltar à comunidade dos sãos: o contato deve ser rompido.

No projeto de medicina social, encontramos algo diferente: transformação do espaço para eliminar causas de doença, construção de uma cidade produtora e propiciadora de saúde dos habitantes; intervenção anterior à doença, ação que abrange toda a sociedade e não somente os doentes; criação de espaços terapêuticos e não de espaços de exclusão.

Comparar a ação sobre a lepra nos séculos XVII e XVIII com a intervenção característica da medicina social não visa entretanto a mostrar nem a insuficiência

nem a ineficiência da administração colonial, mas uma diferença, uma presença diversa da medicina na sociedade, uma descontinuidade entre a medicina social do século XIX e a medicina da época colonial.

Peste, um inimigo na cidade

Para circunscrever e delimitar ainda com mais clareza a originalidade do novo tipo de saber que procuraremos apreender em seu processo de institucionalização, vamos compará-lo com uma intervenção na área da saúde com que ele mais facilmente pode parecer em continuidade mas que pensamos apresentar uma ruptura.

Um dos termos privilegiados desta comparação que, justamente pela possível homogeneidade com a situação da medicina social do século XIX, permite delinear o seu perfil com mais exatidão é a campanha sanitária contra a febre amarela projetada e realizada em Pernambuco no final do século XVII.

O estudo desta epidemia que vigorou entre 1685 e 1695 pode ser realizado a partir do "Tratado único da constituição pestilencial de Pernambuco" — publicado em Lisboa em 1694[72], segundo livro em vernáculo sobre a medicina brasileira, de autoria do médico português Ferreira da Rosa, que viveu em Pernambuco durante a epidemia — e dos "Bandos de saúde" decretados pelo Governador da Província, o Marquês de Montebelo[73].

---

[72] Texto reeditado in Gilberto Osório de Andrade, *Morão, Rosa & Pimenta. Notícia dos três primeiros livros em vernáculo sobre a medicina no Brasil*, p. 219-369.

[73] Reproduzido no estudo crítico de Gilberto Osório de Andrade ao "Tratado único (...)" *in Morão, Rosa &Pimenta*, p. 166-169.

O "Tratado único" começa definindo a peste como uma febre epidêmica perniciosa capaz de destruir as pessoas por infecção do ar ou como um vapor concebido no ar e inimigo do espírito vital[74], o que já nos possibilita apreender uma das características fundamentais da doença epidêmica: sua relação com o ar. Teoria que se torna mais precisa quando Rosa, questionando a causa da doença, considera o ar como causa comum ou geral. Dizer que o ar produz a doença significa dizer que é veículo de peste, não por si mesmo, pois é o elemento vital por excelência quando tem suas qualidades preservadas, mas justamente quando essas qualidades se tornam perniciosas. O ar é, portanto, causa de doença quando contaminado.

Causa geral, o ar remete às causas de sua própria corrupção que o transformam em veículo de peste. Estas são de dois tipos: existem causas primárias que são as produtoras de contágio e causas segundas que o perpetuam.

Rosa expõe, em primeiro lugar, as possíveis causas produtoras da peste segundo a teoria médica da época, para, em seguida, mostrar que, se nem todas se encontram presentes em Pernambuco, pelo menos algumas se realizaram.

"Pode o ar receber inquinamento ou sordície ou qualidade contagiosa dos astros, de eclipse do sol ou da lua ou de diversos quaisquer outros aspectos de estrelas ou planetas"[75]. Os astros podem influir no ar através de uma qualidade oculta. Causa, portanto, astrológica.

Outra causa que imprime ao ar as qualidades ocultas são os vapores provenientes de lugares infectos. "Pode também viciar-se o ar dos inferiores levantados putridinosos vapores das águas de lagos fechados e imóveis; dos corpos, que nas guerras ficam sem sepultura; poços de muito tempo fechados e depois abertos; de carnes podres; de frutos corruptos e de ruins alimentos em tempo de fome; porque de qualquer destes vapores putridinosos, sem a substância do ar se corromper, se pode fazer uma mistura que infeccione, recebendo nós no ar que respiramos os vapores misturados"[76].

Esta é a teoria para a qual Rosa traz a justificação da autoridade de vários mestres da medicina. O que mais lhe interessa, porém, é mostrar que algumas dessas causas estiveram efetivamente presentes no momento da eclosão da peste. Afirma, assim, ter havido a 10 de dezembro de 1685 um eclipse da lua como também, pouco antes, um eclipse do sol. Outro fato importante foi a morte de um tanoeiro imediatamente depois de ter aberto umas barricas de carne podre vindas da ilha de São Tomé. Nega, entretanto, que as águas do rio Beberibe, represadas no Varadouro, entre Recife e Olinda, fossem causa de doença: não sendo, segundo ele, estagnadas, não apresentavam podridão para o contágio.

Uma última causa finalmente apresentada por Rosa não é astrológica nem física, mas moral: um castigo pelos maus costumes da terra. "Quem à vista dos nossos pecados deixará de dar por causa a ira de Deus, tomando por instrumento as causas referidas, ofendido de nossas culpas? E irada a Justiça Divina de nossa contumácia, prosseguirá este estágio, enquanto se não reformarem nossos péssimos costumes (...)"[77].

O eclipse, a carne provinda da África e o castigo de Deus constituem o primeiro gênero de causas, caracterizado pelo fato de se terem produzido uma vez e logo desaparecido. Se estão na origem da epidemia, esta, entretanto, já teria desaparecido sem a intervenção de um tipo de causa posterior, diferente, derivada que, se não produz, mantém, perpetua sua ação destruidora da

74 Ferreira da Rosa, *op. cit.*, p. 237.
75 *ibidem*, p. 243.
76 *ibidem*, p. 244.
77 *ibidem*. p. 246-247.

população. Causas segundas que chegam a ser mais importantes na medida em que, continuando a agir, exigem a ação concentrada da campanha profilática. Existindo no seio da própria cidade, os lugares e objetos passíveis de agir contra a saúde dos indivíduos, não diretamente, mas sempre através do ar, são as casas, ruas, sepulturas, louças, caixas, etc. Lugares e objetos capazes de perpetuar a ação das causas primárias na medida em que desprendem vapores pestilentos que viciam o ar ou dele se servem como veículo "pelo qual recebemos as qualidades pela inspiração (...)[78].

Pode-se, assim, notar o quanto a concepção que Rosa se fazia das causas da epidemia pode, de modo geral, ser considerada como semelhante à que se fez a medicina social. A concepção do ar como causador de doenças não é uma originalidade do saber médico do século XIX. Aparece, como vemos, claramente na obra de Rosa que, sem reivindicar sua autoria, se empenha em justificá-la não só baseado nas autoridades médicas do século XVII, como na tradição mais importante da medicina, começando com Hipócrates e Galeno.

O "Tratado único", portanto, considera a doença como sendo produzida por causas externas que atingem o indivíduo sobretudo através do ar. Daí uma série de medidas de "preservação das causas" propostas por Rosa para destruir a epidemia:

1 — acender fogueiras em todas as ruas, nelas queimando defumadores depois de limpar as cloacas junto das casas e praias próximas aos edifícios.

2 — limpar o interior das casas: "Alimpem-se com cuidado as mesas, bancos, cadeiras e todas as mais alfaias com água rosada e vinagre forte (e se for rosado será muito melhor) tudo numa e outra vez se lave. Feita curiosamente esta limpeza, se fechem as portas e janelas e defumem, tendo primeiro dado a todas as paredes

78 *ibidem*, p. 247.

com cal branca (...)"[79]. Rosa chega mesmo a propor dois métodos ou testes para avaliar se o perigo tinha ou não desaparecido, através de pães ou ovos batidos que apodreceriam em caso negativo.

3 — lavar as roupas e queimar colchões e esteiras.

4 — reforçar as sepulturas para que não haja evaporação e sepultar em cemitérios distantes e em covas de grande profundidade para que os vapores malignos e contagiosos não se comuniquem à população.

Essas medidas, como está claro, se articulam diretamente com o levantamento das causas responsáveis pela manutenção da febre pestilencial e como tal visam a combater a infecção do ar proveniente dos "seminários" e "fomes". Por isso a "preservação das causas", como chamou Rosa, diz respeito aos lugares da cidade que podem alimentar a contaminação do ar, a partir dos vapores neles originados. Ele porém não se limita a esses conselhos, perguntando-se também "quais devem ser os remédios para os que ainda não tiveram esse contágio?"[80]. A preservação dos que ainda não adoeceram deve ser feita através de dois regimentos: um deles é chamado medicinal. Rosa ocupa grande parte do "Tratado único" discorrendo sobre os "remédios grandes" como sangrias, purgas, ventosas, vesicatórios e os remédios "alexifármacos" e "atemperantes".

O outro, que nos interessa aqui mais particularmente, é chamado de "regimento das coisas não naturais". "A preservação dos que ainda não adoeceram deste contágio (forasteiros ou moradores) deve-se fazer tendo regimento nas seis cousas não naturais que são o ar; o comer e beber; o sono e a vigia; o movimento e a quietação; o enchimento e a inanição; e as paixões da alma"[81]. É importante notar que enquanto a "prevenção das cau-

79 *ibidem*. p. 266.
80 *ibidem*. p. 269.
81 *ibidem*, p. 269.

sas" enumera uma série de medidas de intervenção nas coisas, nos lugares e ambientes, o que agora é proposto são conselhos a respeito de como os indivíduos devem se comportar e usar de moderação nas coisas não naturais para conservar a saúde:

1 — dormir em casas não térreas para receber um ar mais puro e mesmo assim purificá-lo.

2 — trazer anel de pedras preciosas.

3 — esfregar os dentes com triaga magna ou alho, no caso de ser pobre.

4 — comer boa carne de vaca, aves do mato, peixe do melhor, ovos brandos, coisas azedas e beber água boa ou fervida.

5 — não dormir, andar ou comer muito.

6 — temer o coito, "e se proibiria (se fosse possível nesta América) o viverem nas terras de peste as meretrizes, não só em razão do contágio (...) mas também porque será incitamento de que se deve fugir"[82].

7 — evitar as paixões da alma: "cogitações fortes, melancolia, ódio, tristeza, ira, temor da morte dos mortos de pestilência"[83].

Esses dois tipos de medidas propostas por Ferreira da Rosa parecem se complementar: a "preservação" aconselhada procura destruir ou transformar tudo aquilo que no espaço social pode ser causa da doença, na medida em que origina ou conserva vapores que corrompem o ar e, por outro lado, procura atingir o homem ao nível de seus hábitos, comportamentos, paixões e "funções vitais".

Mas tanto a etiologia da doença quanto as medidas preservativas e curativas propostas por Rosa não esgotam o que deve ser dito desta epidemia de febre amarela. Isto porque, sem a intervenção de uma outra personagem, talvez nada tivesse sido escrito ou ao menos não se teria transformado em campanha sanitária. E esta personagem é a figura não do médico, mas do político, o Governador de Pernambuco, Marquês de Montebelo.

Isto ressalta da "notícia dos motivos que teve o autor para fazer a primeira disputada deste Tratado e depois continuar com a segunda e terceira", que se encontra na abertura do livro[84], em que expõe ter sido a mando de Montebelo que o texto foi escrito e a campanha executada "acendendo fogueiras por todas as ruas, alimpando-se todas as casas, aromatizando-se todos os lugares, dando cemitérios acomodados para os mortos, retirando para parte conveniente fora da população a todos os doentes, não se abrindo sepulturas primeiras, antes purificando-se a superfície dela, encomendando-se os mais remédios preservativos como mais acomodamente pudesse, observando-se muitas mais circunstâncias na forma da dita disputada".

E é importante salientar que o fato de Montebelo ordenar a Ferreira da Rosa a realização deste trabalho teórico não significa entregar-se às ordens do médico. Sua carta mostra claramente que ele possuía um saber capaz de afirmar que a "má qualidade" reinante naquela província nasce das condições dos sepultamentos e das covas e se conserva nas casas, camas, roupa, louça e móveis dos mortos da doença "o que tudo é causa total ou grande parte dela para que se perpetuem as doenças". O que significa distinguir causas da produção e da conservação da epidemia, enumerá-las e, em desacordo com o que vimos em Ferreira da Rosa, não incluir o ar como causa: "os ares não são os que padecem, nem contém em si a má qualidade, senão as casas e as covas e muito mais as roupas e tudo o que serviu aos doentes (...)", sem considerar o primeiro tipo de causa apontada pelo médico (o eclipse, a carne podre vinda da África

82 *ibidem*, p. 272.
83 *ibidem*.
84 *ibidem*, p. 277.

e o castigo pelos pecados da terra). O ar torna-se, então, simples veículo.

E o saber de Montebelo parece preceder o de Rosa não só enquanto lança hipóteses sobre as causas da epidemia, como pelo modo como é capaz de indicar que roteiro seu texto deve seguir, ordenando "fazer um papel com toda a distinção no qual se declare, em primeiro lugar, as causas próximas e que atualmente influem esta pestilencial qualidade e, em segundo, o remédio preservativo delas, assim para as pessoas que ainda não padeceram o mal, como para as casas em que atualmente adoeceram e para as covas em que se enterraram, para a limpeza das ruas, para a queima das roupas e para tudo o mais que Vossa Mercê julgar ser conveniente para a prevenção e remédio futuro, porque estou pronto para o mandar executar, ponderando o peso e razão em que o dito remédio se deve fundar".

Seria absurdo tentar derivar o saber de Ferreira da Rosa de uma simples carta que tem por objetivo ordenar um parecer médico, como também seria inexato pensar que Rosa, o médico, é senhor absoluto do saber sobre a peste na medida em que o Marquês não só tem uma concepção sobre as causas da doença, como indica as medidas preventivas. Se a cultura médica de Ferreira da Rosa mostra como sua obra depende da tradição que retoma e utiliza, é importante acentuar a independência do saber de Montebelo que, mesmo depois da resposta de Rosa considerando o ar como causa comum ou geral, ainda afirma que a infecção não procedia dos ares que considera benévolos. Mas, além disso, o que chama atenção neste episódio é a homogeneidade do saber que aí está investido seja por parte do médico seja por parte do político, sobretudo quando são comparadas as medidas de combate à epidemia sugeridas por Montebelo, indicadas por Rosa e finalmente elaboradas e executadas pelo Marquês.

Das relações entre a figura do médico e a do político surge a constatação de que não só a medicina não

possui o saber exclusivo sobre a peste, como também, e principalmente, que a importância política da medicina na luta contra a epidemia parece ser nula. Montebelo, além de ordenar que Rosa redija um parecer sobre a doença, assume, logo em seguida, a iniciativa da campanha sanitária, independente da participação do médico.

É curioso observar que só em 1691 esses textos são escritos e a campanha idealizada e executada. O que significa dizer seis anos depois da eclosão da epidemia, que é de 1685, e quatro após a chegada de Ferreira da Rosa a Pernambuco vindo de Portugal, sua terra natal, oferecendo-se ao Físico-mor e nomeado médico daquela capitania, por terem os médicos de Pernambuco sido vitimados pela doença[85]. Ora, mesmo tendo exercido a profissão em Recife com êxito, como prova a cura de Montebelo em 1690, até então nenhum "remédio preservativo" tinha sido aplicado, como afirma o próprio Marquês de Montebelo na "carta sobre que se dá conta dos Bandos de saúde". É o Marquês, chegado ao Brasil em julho de 1690 e logo depois de ter sido curado da febre amarela, que inicia a campanha sanitária de 1691. A luta contra a peste obedece ao comando do político e não do médico.

Se é verdade que os "Bandos de saúde", documentos que provam a existência da campanha, estão sempre afirmando que os médicos foram ouvidos e formularam suas advertências, o Provedor da Saúde — nomeado por Montebelo para coordenar os trabalhos de erradicação da febre amarela — seria um membro da Câmara de Olinda se esta, por razões políticas ligadas à rivalidade entre Olinda e Recife às vésperas da guerra dos Mascates e à luta entre Montebelo e a Câmara, não

---

85 Informações do códice 49 ,fls. 291-292) do Arquivo Histórico Ultramarino; citado por Gilberto Osório de Andrade em seu "Estudo crítico" ao "Tratado único", *Morão, Rosa & Pimenta*, p. 138.

tivesse recusado sua participação. Resolvido a empreender a campanha mesmo sem seu auxílio, Montebelo chega a acusar, na "Carta..." citada, os oficiais da Câmara e os almotacés de descaso na limpeza do Recife, e, portanto, de serem os responsáveis pela epidemia. Nomeia como Provedor ou Superintendente da Saúde um capitão, auxiliado por quatro contínuos, sargentos também do terço do Presídio do Recife.

Não cabe ao médico exercer uma autoridade sobre a cidade. Ele pode sugerir ou mesmo colaborar, mas o raio de seu poder não envolve a chefia de uma campanha sanitária. Sob este aspecto, parece haver, paradoxalmente, uma dicotomia entre medicina e peste que talvez não seja mais do que a conseqüência de uma separação mais profunda: a que vigora entre medicina e a saúde da sociedade. Ou, de maneira mais precisa: tudo isso significa a não existência, nesta época, de uma medicina social.

Os "Bandos de saúde" mandados executar por Montebelo estão, entretanto, como já foi dito, em continuidade com as indicações do "Tratado único" sobre o modo de "preservação das causas" que, segundo Ferreira da Rosa, tinham como objetivo as causas de conservação da epidemia; mas agora apresentam precisões e especificação características de um regulamento e com um mais amplo raio de ação. São os seguintes os pontos básicos do controle da cidade proposto por Montebelo:

1 — controle do porto do Recife. Será feito rol e inspeção de todos os passageiros e tripulantes dos navios que aportarem. Os que já tiveram a doença poderão saltar. Os doentes irão para o hospital. Os que ainda não adoeceram devem se recolher ao hospital logo que apareçam as primeiras suspeitas e se não o fizerem espontaneamente deverão ser a isso obrigados pelos familiares e vizinhos.

2 — controle do exercício da medicina. O isolamento do doente sendo considerado medida indispensável, utilizou-se um hospital para este fim, único lugar onde se permitia tratar por médicos ou cirurgiões dos indivíduos atingidos pela epidemia.

3 — controle do morto e da morte. Começa com uma "certidão" do médico ou cirurgião que tratou da vítima, indicando a causa da morte, continua com a proibição de enterro nas igrejas, finalizando com as especificações de uma boa sepultura: cemitério fora da cidade e covas de, ao menos, 5 palmos, sobre as quais se farão fogueiras por três dias, depois do que serão ladrilhadas para impedir que delas saiam vapores que contaminem o ar.

4 — controle da limpeza das casas, ruas e praias da cidade. Todos os moradores deverão mandar "caiar, esfregar e limpar" suas casas, "lojas, armazéns ou vendas", perfumá-las e borrifá-las com vinagre. O Superintendente da Saúde e seus guardas percorrerão todas as casas, queimarão ou quebrarão objetos que serviram ao doente como esteiras, púcaros e vasos, além de obrigarem a lavagem, por quarenta dias, dos colchões, travesseiros, roupas de cama, toalhas e vestimentos. As ruas serão varridas todos os dias pelos próprios moradores e as imundícies serão lançadas no rio. "O Superintendente da Saúde mandará fazer rol dos moradores de cada rua que em grupo de cinco farão à sua porta, por quarenta noites contínuas, uma fogueira na qual (quanto for possível) se queimarão com mais lenhas ervas cheirosas, alcatrão, aroeira, e tudo o mais que conduzir para a purificação dos ares (...)". Cabe também aos moradores em frente às praias a conservação de sua limpeza.

5 — controle da prostituição e da moral. "(...) para comover a misericórdia de Deus, como para se não comunicar a malignidade da doença pelos atos e abusos venéreos (...) mando que o Superinendente da Saúde tenha grande cuidado em tomar a rol todas as meretrizes e escandalosas que houver nestas povoa-

ções do Recife para me entregar e eu as fazer despejar da terra, em caso que não conste notoriamente que depois deste bando publicado emendaram suas vidas (...)". O controle dos costumes vai, entretanto, ainda mais longe: prende os homens livres ou escravos que são encontrados com prostitutas; proíbe escravas, crioulas ou mulatas de andarem à noite pelas ruas, só o permitindo às brancas quando acompanhadas dos maridos ou mais; obriga os soldados amancebados a regularizarem ou desfazerem suas relações; e, finalmente, pune "todas as pessoas brancas ou pretas, escravos ou livres que se acharem de noite cantando cantigas ou modilhos desonestos ou tangendo e bailando sons, bailes e danças que incitam à luxúria e escandalizam as pessoas honestas, virtuosas e cristãs (...)".

O estudo desta luta contra a peste, realizada em fins do século XVII em Pernambuco, é bastante importante para a conceituação da medicina social do século XIX, na medida em que possibilita estabelecer o que há, ao mesmo tempo, de homogêneo e de heterogêneo entre os dois processos.

Em primeiro lugar, ambas produzem um conhecimento sobre a cidade. Se a doença tem uma causa que não se encontra no próprio indivíduo mas em seu exterior, nos lugares e ambientes urbanos, é a cidade que deve ser analisada com o objetivo de determinar o que pode causar doença. Esse levantamento das causas encontrado no discurso de Montebelo e Rosa, estará presente, de modo aprofundado, no século XIX. A diferença é que, enquanto o saber médico do século XVII aplica sobre a cidade um conhecimento imemorial, elaborado desde a antiguidade e, portanto, geral, a medicina social produz um saber singular sobre a cidade. Não mais atualização de princípios, mas a explicitação da percepção localizadora. O esquadrinhamento urbano do século XIX é mais exaustivo, sutil e sistemático, na medida em que é não independente ou desligado de teoria, mas fundado em um saber médico aparelhado para "esclarecer o estado da sociedade, o solo, o clima, as populações"[86].

Em segundo lugar, ambas designam uma autoridade especial como responsável pelas medidas de controle da cidade. O saber que esquadrinha deve se duplicar de um poder capaz de transformar o diagnóstico em intervenção terapêutica. Mas, enquanto no exemplo da campanha de Montebelo o modelo seguido é mais político-administrativo do que médico, quando é retomado pela medicina social do século XIX é o próprio médico que passa a ocupar o lugar de comando, desempenhando assim uma função político-administrativa. O exemplo de Ferreira da Rosa — limitando-se em meio à própria peste a uma intervenção individual e curativa ou pedindo conselhos a Postugal sobre o que fazer, quando do novo recrudescimento da epidemia, depois da volta do Marquês a Portugal — ilustra muito bem como o médico está isolado das decisões políticas. É somente no século XIX, com o advento de medicina social que ele, até então limitado à relação com o doente ou a simples e eventual consultor da administração — como em tempo de peste — adquire poder sobre a cidade, tornando-se uma autoridade responsável por tudo que, na sociedade, diz respeito à saúde.

Em terceiro lugar, ambas organizam medidas de controle da cidade. O saber que analisa e o poder que inspeciona produzem uma intervenção sobre o espaço social que tem por objetivo destruir ou transformar tudo o que, no meio urbano, é considerado causa de doença. O controle estabelecido com os "Bandos de saúde" quer evitar a propagação da peste e conseguir seu aniquilamento. Aterram-se as águas estagnadas. Lim-

[86] J.F.X. Sigaud, *Discurso sobre a Estatística Médica do Brasil*, lido na sessão pública de 30 de junho de 1832 da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro.

pam-se ruas e casas. Criam-se cemitérios. Purifica-se o ar. Medidas essas que serão retomadas, aprofundadas e justapostas a inúmeras outras pelo controle médico que, no século XIX, irá submeter a cidade. A medicina social também intervém no sentido de destruir as causas da doença por uma ação positiva de regeneração, transformação do espaço social. Nos dois casos, portanto, o essencial do combate vai muito além de uma atividade terapêutica restrita ao cuidado individual dos doentes.

Mas uma grande diferença pode ser estabelecida entre as duas. No século XVII, o que motiva e autoriza as medidas de destruição da desordem sanitária é a própria peste. Ela está presente no seio da cidade e nada seria feito sem esse incômodo referencial. Se a luta contra a peste não se limita ao tratamento dos indivíduos atingidos pela doença, pressupõe, para agir, a existência da doença no interior da cidade. A "preservação" característica da quarentena se situa entre o curativo e o preventivo. É uma resposta e, portanto, segunda e provisória. Quando, por exemplo, critica-se e proíbe-se o enterro nas igrejas, o objetivo é de conjurar o perigo do corpo pestilento. Não é o cadáver que é considerado perigo sanitário para os vivos. É a peste que torna o morto perigoso e não a própria morte.

Como forma de controle, a quarentena é lacunar, fragmentada, isolada no tempo. Realiza-se em forma de campanha que tendo cumprido sua missão e alcançado uma vitória, pode enfim desaparecer. Foi justamente isso o que ocorreu com a luta contra a peste em Pernambuco, ao final do século XVII. Se a campanha havia começado seis anos depois de seu aparecimento, não teve prosseguimento após 1693, ano em que Montebelo afirma não ter registrado nenhum caso de doença. Tendo o Marquês voltado a Portugal, seu sucessor não deu continuidade às medidas de controle, possibilitando que a epidemia, não inteiramente destruída, voltasse quase tão forte quanto antes, o que leva o Governador,

junto com o próprio Rosa, a escrever a Portugal perguntando o que fazer. O fim da campanha pode ter sido prematuro. Mas, em si mesmo, não deve ser considerado erro ou descaso: estava nos postulados fundamentais do combate à peste, como parte de sua própria essência.

Por outro lado, a campanha sanitária do Recife não será a única maneira de enfrentar a peste nesta localidade, nem servirá de modelo de atuação administrativa em Salvador da Bahia a qual, desde 1686, cinco meses após Recife, é atingida pela epidemia.

No caso de Pernambuco, desde o surgimento da doença, os jesuítas dos colégios de Olinda e Recife dedicam-se a combatê-la. A ação dos padres vem referida em carta do padre Pedro Dias, de 1689: "A missão mais célebre e de maior glória de Deus em que os filhos deste Colégio mostraram o amor de Deus e do próximo, desprezando a mesma vida, foi a do Recife, povoação que dista uma légua da cidade de Olinda, acudindo intrepidamente a esta grande povoação, que melhor se pudera chamar hospital de incuráveis e de miseráveis e horrendos espetáculos; onde tudo era horror e assombros da morte"[87]. Atingindo a todos, a peste transforma a povoação em hospital, isto é, em lugar de confusão, doença, miséria e morte. Tal quadro dá origem a uma ação que é, ao mesmo tempo, assistencial, religiosa e médica.

Aos religiosos de Recife juntam-se os de Olinda para acudir "à saúde espiritual e temporal dos próximos, para honra e glória da Companhia, em que se ocuparam de dia e de noite, exceto o tempo necessário à refeição, missa e reza, porque não esperavam ser cha-

87 Carta do P. Pedro Dias, de 30 de julho de 1689 para o P. Antonio do Rego da companhia de Jesus, Assistente de Portugal, *in* Serafim Leite SJ, *História da Companhia de Jesus no Brasil*, tomo V, livro II, cap. V, p. 444.

mados no Colégio, mas andavam pelas ruas, oferecendo-se e buscando os enfermos e moribundos mais pobres e necessitados"[88]. A presença da peste é a oportunidade para que se preste, ao nível da povoação inteira, o serviço caritativo que toda doença exige. Movida por objetivo assistencial, a ação dos jesuítas colhe resultados morais e rilegiosos. A presença da morte marca um momento privilegiado de afirmação do poder religioso: "O que mais animava e aliviava o trabalho aos religiosos era o grande fruto de seus trabalhos, porque eram quase contínuas as confissões, e estas quase todas gerais de toda a vida, alegrando-se sumamente as lágrimas dos penitentes com tantos suspiros e gemidos, que impediam a confissão, a dor e arrependimento dos pecados, dos propósitos de emenda, a melhora da vida, o largar das ocasiões de muitos anos, as restituições do alheio, e para que tudo diga em breve, eram confissões de homens que estavam em os braços da morte, e que muitos se imaginavam estar no vale de Josafá ante o divino tribunal"[89].

A tarefa dos padres não se restringe, contudo, ao âmbito espiritual. A medicina jesuíta dá-se no atendimento individual, na terapia baseada em medicamentos de combate imediato à doença, não sem notáveis efeitos, segundo o parecer de Pedro Dias. Na verdade, a peste dizimara físicos, cirurgiões e boticários, abrindo caminho para a ação dos empíricos, reconhecidos pelo povo: "Muito maior confusão foi que chegaram todos os médicos e surgiões (a adoecer), e a exaurir-se a botica pública e adoecer mortalmente o boticário. Aqui se viu o povo todo aflito sem saber o que faria, quando os mesmos médicos morriam necessitados. A estas necessidades remediou também o Colégio, com o préstimo de alguns religiosos inteligentes, e com as medicinas do

88 *ibidem*, p. 444-445.
89 *ibidem*, p. 447.

Colégio, com que notavelmente se remediou a falta, posto que com trabalho dobrado. E este foi o maior benefício com perpétuo agradecimento deste povo"[90].

Os jesuítas aplicam, pois, um certo saber sobre a peste, solidário da assistência caritativa e moral. Por exemplo, os sintomas. Eles desenham o quadro clássico de horror que toda peste deve projetar. O pânico, o medo da morte que a peste provoca são causa de peste, causa de loucura e morte: "E não só os enfermos estavam pasmados mas também aqueles que ainda andavam valentes, e muitos houve que só de ouvir tocar os sinos e ao sinal de sair o Santíssimo Sacramento aos enfermos ou moribundos, perdiam o juízo. E este era o mais terrível sintoma e prejudicial desta peste, de profunda melancolia, com imaginações que perturbavam o juízo". E ainda: "O segundo horrível e espantoso sintoma era fazer ferver o sangue, lançando-o os enfermos em grande quantidade por boca, narizes e mais poros do corpo, e muitos banhados nele, faziam uma temerosa vista. O terceiro sintoma, mais abominável, era corromper os corpos, de sorte que estando ainda vivos exalavam tal fedor que se podia dizer eram já de três dias mortos"[91]. Por exemplo, a terapia, baseada na noção de que a moléstia seria causada por um "veneno": "E porque neste Colégio havia religioso inteligente de medicina, e herbolário, vendo que a doença era do veneno formado nos corpos, inventou uma triaga de vários antídotos naturais da terra e aprovados por experiência contra animais venenosos e mortíferos, com outros besurates índicos e europeus, que evidentemente remetiam os sintomas desta peste e ânsias do coração interiores. Com este elixir fármaco armados os religiosos deste Colégio o comunicavam aos enfermos com admiráveis efei-

90 *ibidem*.
91 *ibidem*, p. 444.

tos e com tão bom sucesso que adquiriram nome de *Padres de Saúde*"[92].

O poder eclesiástico sente-se à vontade ao intervir medicamente junto à população, respaldado no crédito que esta conferia ao saber dos empíricos e diante da ineficácia e da pouca relevância da figura do médico frente à excepcional situação coletiva criada pela peste. Na verdade, não cumpre distinguir radicalmente a ação assistencial, religiosa e propriamente médica. São aspectos de um determinado tipo de intervenção fundamentada em uma teoria da peste que os sintetiza. Se é dever de misericórdia assistir aos enfermos, principalmente os pobres, é porque neles se manifesta mais claramente a fragilidade da condição humana, decorrente do pecado e é o pecado — corrupção e podridão de costumes — a principal causa da própria peste, castigo divino que desencadeia perniciosos fluxos de forças cósmicas e telúricas. O apelo a procissões e padroeiros é um recurso perfeitamente integrado à concepção geral da peste e não um sinal dos tempos de ignorância[93].

A atuação dos religiosos, anterior à campanha de Montebelo e Rosa, ressalta a pluralidade de focos de saber e prática médicos que se justapõem e, por vezes, concorrem entre si no período colonial.

Com a campanha sanitária empreendida pelo Marquês, estaríamos diante de um modelo de combate à peste aplicável a qualquer situação, modelo este promovido pela autoridade suprema do Reino em termos do que seria uma política de saúde para períodos de epidemia? Tudo leva a crer que não.

É do padre Antonio Vieira a primeira notícia, chegada a Portugal, sobre o flagelo na Bahia: "Tudo lá e cá são fatalidades, e digo lá e cá, porque, sendo este clima e estes ares os mais puros, e as terras da Bahia as mais sadias, desde abril a esta parte padece um novo gênero de peste, nunca visto nem entendido dos médicos, de que já morreram dois"[94]. Tendo os médicos da cidade adoecido logo de início, cirurgiões e barbeiros passam a curar de medicina, segundo se conclui da carta do Marquês das Minas a Sua Majestade, em 1686: "a experiência mostrou que os enfermeiros haviam tido melhor sucesso nos medicamentos que aplicavam aos doentes do que haviam feitos os médicos (...) depois de convalescidos (estes) aplicaram o remédio das sangrias (reconhecendo pela experiência mais que por outra nenhuma coisa, que era só o conveniente)"[95].

Ao lado dos práticos e dos jesuítas[96], a ação do Governador é caritativa: "Mas se foi grande o mal, não tem sido menor a caridade e liberalidade, principalmente do senhor Marquês das Minas, a quem Deus tem pago

92 *ibidem*, p. 445.

93 "Nesta opressão recorreu a Bahia ai patrocínio do glorioso santo S. Francisco Xavier, indo a buscá-lo ao Colégio dos Padres da Companhia, e levando-o em procissão solene pélas principais praças e ruas da cidade". Logo se estabeleceu "aquela procissão ao santo anual, e perpétua em o dia décimo do mês de maio, em que lhe fizeram a primeira, e em todo ele dura a festa com o santíssimo Sacramento exposto, e procissão de tarde, despesa e assistência do Senado e grande concurso, sendo uma das mais solenes que faz a Câmara da Bahia"; *in* S. da Rocha Pita, *História da América Portuguesa*, p. 297-298.

94 Antonio Vieira, Carta ao Conde de Castanheira, de 1º de julho de 1686.

95 Citado por Gilberto Osório, *Morão. Rosa & Pimenta*, p. 154.

96 Antinio Vieira, *op, cit.*: "A maior perda foi a do novo Arcebispo, com que ficam estas ovelhas sem pastor, como também estão sem o eleito as de Pernambuco, onde começou e fez o mesmo e maior dano o contágio. Em um e outro colégio morreram doze religiosos da Companhia, e os demais todos caíram uma e mais vezes, com o excessivo trabalho de assistir aos enfermos e moribundos de dia e de noite".

de contado, preservando do mal assim a sua pessoa como a do Conde seu filho"[97].

Não se registram medidas específicas de atendimento hospitalar aos enfermos. A ação é de iniciativa particular: "Vivia naquele tempo D. Francisca de Sande, viúva poderosa, e matrona das principais da Bahia; e fazendo luzir a sua piedade, e o seu cabedal na cura dos enfermos, abriu em sua casa um hospital, mandando ir a ele os doentes, que não cabiam no da Misericórdia, e recolhendo outros, que voluntariamente escolhiam o seu, onde lhes ministrava pelas suas mãos as medicinas receitadas pelos médicos, a quem pagava, e todos os medicamentos, dispendendo considerável soma em galinhas, frangãos, camas, roupas e tudo o que podia ser preciso para a saúde, cômodo e asseio dos enfermos (...)"[98].

Não se tem notícia, na Bahia, de uma campanha nos moldes da que Montebelo empreendeu no Recife, havendo apenas intensificação das medidas contra a sujeira da cidade, por parte da Câmara.

Durante a própria campanha, é curioso observar o modo como a Corte encaminha a comunicação que lhe faz Antonio Brebon acerca de uma técnica de cura por ele descoberta. Brebon, de origem flamenga, só bem mais tarde, em 1700, será examinado em cirurgia, depois de praticar durante três anos no hospital do Recife. Trata-se, pois, de um empírico. Aos contra-venenos do elixir fármaco dos jesuítas, substitui Brebon uma droga de sua invenção que tem por efeito a expulsão de lombrigas. Estas seriam, segundo ele, a verdadeira causa interna dos males, conclusão a que chega a partir do tratamento de doentes e do exame em um cadáver, feito

97 *ibidem*. O Governador retorna à Corte acompanhando seu filho que, vítima do mal, morre em viagem. É substituído em 1687 por Matias da Cunha, que morrerá da peste em outubro do ano seguinte.

98 S. da Rocha Pita, *op. cit.*, p. 297.

a bordo do navio em que regressava a Portugal. Lá chegando, apressa-se a comunicar seu achado ao Rei. Em plena campanha de Montebelo — tendo este já informado à Bahia das medidas recomendadas por Ferreira da Rosa — o soberano ordena ao Governador do Brasil que a nova descoberta seja transmitida ao Marquês e aos médicos para que "possam usar dela parecendo-lhes conveniente e o será muito que nos cadáveres se façam anatomias para servir melhor no conhecimento da causa interior destas doenças e quando V. S. ache que os médicos dessa cidade (o Salvador) acertam com a cura delas, participará logo ao Governador de Pernambuco, para que os doutores possam aproveitar dos mesmos remédios e quando em alguns corpos que se abrirem acharem-se sinal digno de observação com que a medicina possa formar juízo para o conhecimento do achaque, na mesma avisará V. S. ao Marquês de Montebelo"[99].

Configura-se assim a série de sujeitos que participaram do combate à peste e emitiram juízo sobre suas causas e cura: a autoridade política, o médico, o jesuíta, o empírico.

A descontinuidade temporal das medidas contra a peste, que vimos ocorrer no Recife, se duplica de descontinuidade espacial. No mesmo momento da peste do Recife, o contágio na Bahia não provocará, da parte da administração, o controle centralizado e total sobre a cidade. Se a peste é este momento de exceção, oportunidade para a afirmação excepcional do poder político a que a medicina é chamada a servir, a campanha sanitária de Montebelo e Rosa é, ela própria, uma exceção.

A medicina social, ao contrário, se caracteriza por uma forma de controle constante, por uma vigilância

99 Citado por Gilberto Osorio de Andrade, *Morão Rosa e Pimenta*, p. 148.

contínua sobre o espaço e o tempo sociais. Se, por um lado, repete, refinando, aprofundando e ampliando, o esquadrinhamento e o controle contínuos, vigentes nos estreitos limites de duração da campanha, age, por outro lado, sobre a cidade — divide, distingue, isola, expulsa e transforma — antes mesmo da presença do mal.

Ou melhor, aperfeiçoa a técnica da quarentena não só refinando o esquadrinhamento urbano, como também estabelecendo um controle caracterizado por um permanente estado de alerta que, assim, ganha autonomia com relação ao perigo presente. O momento em que o perigo de peste passa a ser constante assinala o nascimento da prevenção. A implantação dos aparelhos médicos de controle da vida social é, por contraposição, justificada pelo sonho mórbido de uma sociedade perpetuamente em peste.

CAPÍTULO 2

DA MILITARIZAÇÃO À SAÚDE

A oposição entre a medicina colonial e a medicina social não parece ser tão absoluta quando se considera o tipo de poder que caracterizou a segunda metade do século XVIII no Brasil, a começar fundamentalmente com a transferência da sede do Vice-Reinado para o Rio de Janeiro em 1763. Período que apresenta configuração e dinâmica próprias mas que, quando confrontado ao estatuto do poder colonial até então vigente, traduz importantes transformações com relação ao anterior estilo de governo, assinalando, ao mesmo tempo, uma série de diferenças com relação ao modo de organizar a sociedade e o Estado a partir do século XIX, momento em que se constitui a medicina social. Mudança de comportamento do governo com relação à pro-

dução de riquezas, à segurança, à saúde, à população que, se apresenta características do passado, situando-se portanto em continuidade com o poder colonial, impõe novas exigências, busca novos resultados, dilata sua esfera de ação.

Enquadrar um povo mole, doente e frouxo

Desde o Vice-Reinado do Conde da Cunha (1763-1767), constitui um dos pontos básicos da administração portuguesa o problema da defesa e segurança do Brasil, fundamentais para sua manutenção como Colônia. As ameaças que passam a colocar em questão a continuidade do domínio português são detectadas em vários locais, em diferentes grupos, fazendo com que o perigo se constitua como um tema importante da nova investida sobre a Colônia.

Este perigo tem como característica a dispersão, a multiplicidade de faces. Ele é externo, na medida em que aparece a ameaça constante de invasão por parte de espanhóis e ingleses; ele é interno, já que a população ou é revoltosa e inquieta[100] ou, ao contrário, é incapaz de defender o domínio português[101]; é ao mesmo tempo externo e interno, pois os jesuítas, "inimigos deste

[100] Cf. carta do Conde da Cunha a Francisco Xavier de Mendonça Furtado, Rio, 12 de agosto de 1764; *in Arquivo do Conselho Ultramarino,* volume 29, p. 668.
[101] Cf. carta do Conde da Cunha a Francisco Xavier de Mendonça Furtado, Rio, 16 de junho de 1764: *in Arquivo do Conselho Ultramarino,* volume 29, p. 68.

Reino"[102] e expulsos de Portugal e seus domínios em 1759, são apontados como articuladores de famílias locais com os inimigos ingleses[103], sendo portanto conspiradores e foco de sublevações.

A formulação do problema da periculosidade, dispersa e sempre presente na Colônia, corresponde a formulação de um plano de defesa que tem como objetivo implantar um estado de segurança que dissolva o perigo multifacetado. O alvo imediato deste plano não é a Colônia como um todo, mas a cidade e seus habitantes. Esta direção de ataque fica clara no caso do Rio de Janeiro — núcleo de comércio, porto de escoamento da produção aurífera e base para controle da região das minas, centro da administração, base estratégica importante para garantir os interesses da Coroa no sul, em torno da Colônia do Sacramento — que se constitui gradativamente como objeto de conhecimento e de intervenção para que possa ser criado um estado de segurança. Através da cidade, entretanto, a Colônia em sua totalidade pode ser mantida. Ela é colocada como elemento fundamental na continuidade do domínio.

Todos os Vice-Reis chegam com instruções a respeito dos aspectos militares do governo, suas primeiras providências estando sempre ligadas à defesa da cidade. Daí a preocupação dominante de conhecer o verdadeiro estado das fortalezas e os planos gerais de defesa que implicam sua reconstrução, na medida em que são caracterizadas como em estado de ruína.

O Vice-Reinado do Marquês do Lavradio (1769-1779) pode ser tomado como exemplo desta preocupação de intervir na cidade para criar segurança[104]. O Rio

[102] Cf. carta régia de 11 de abril de 1769, *in* Felisbelo Freire, *História da cidade do Rio de Janeiro,* p. 679.
[103] *ibidem.*
[104] O relatório do arquês de Lavradio a seu sucessor e exemplar no que diz respeito à relação entre saber militar e poder político. Cf. *Revista do Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro,* tomo IV, p. 409-486.

de Janeiro, possível ponto de ataque do inimigo, deve ter defesas. Trata-se de conhecer as fortalezas existentes, sua localização, sua construção mais ou menos adequada, seu estado de conservação, sua viabilidade, sua articulação com a cidade quanto ao abastecimento humano e de víveres. Trata-se não apenas de reparar as fortalezas, mas de torná-las úteis através de uma localização estudada e perfeita, através de um perfeito entendimento entre estes pontos de defesa e entre estes e a cidade, o movimento de tropas, o abastecimento. Há necessidade de conhecer a especificidade do terreno para retirar dele um saber positivo: uma cidade específica deve ter um sistema específico de defesa; um saber militar escora-se em um saber sobre o terreno a defender.

Os planos militares baseiam-se no levantamento das fortalezas existentes: um exemplo é a *Relation générale des toutes les forteresses à Rio* feita em 1768 pelo marechal J. Funck. Procura-se elaborar um plano racional de defesa da cidade; o plano do marechal Funck, dada sua amplidão e custo, teve impossibilitada sua execução integral. O Marquês critica os mapas disponíveis, realizados por geógrafos que se orientaram por informações alheias, sem nenhum exame pessoal do terreno. Há necessidade, segundo ele, de um saber fundado na observação direta e que verifique, localmente, a possibilidade de sua efetivação. Para se defender a cidade, ela e o que a cerca devem inscrever-se em um plano: o plano deve mostrar-se viável no espaço físico. Observação local, princípio de localização que fornece um critério de verificação da viabilidade defensiva.

Necessidade que leva a alterar ou aproveitar a paisagem. Um exemplo de alteração é a destruição de matas nos arredores das fortalezas ou no local em que estas devem ser construídas. Uma carta do tenente-general Jean-Henri de Böhm (enviado pelo Rei como Inspetor geral de todas as tropas da América), escrita a 2 de fevereiro de 1790, insere-se nesta perspectiva: "Vossa

excelência me permita dizer-vos que as matas ao redor, principalmente na altura de Pedro Dias, devem por necessidade ser cortadas, ainda mais por ser do verdadeiro interesse dos proprietários que poderão fazer melhor uso de um terreno que não tem uma única árvore boa. Os médicos, desertores, ladrões, serpentes somente têm razões para se queixar, os proprietários e o público se beneficiam; e a necessidade exige"[105]. Curioso parentesco estabelecido pelo discurso militar entre médicos, desertores, ladrões e serpentes ao buscar uma intervenção e formular um conhecimento sobre a cidade motivados por um projeto de defesa.

Ao lado da caracterização dos locais de defesa como ineficazes, o conhecimento e a intervenção governamentais também focalizam a personagem do soldado. Triste figura do corpo militar, limitado quantitativa e qualitativamente. O Conde da Cunha expõe a situação claramente[106], afirmando os dois motivos fundamentais por que as tropas estão desordenadas: falta de disciplina e falta de homens. Dois fatores que não podem ser considerados independentes, como se vê na crítica ao seu antecessor, o Conde de Bobadella, que "teve sempre os regimentos muito mais números, porém para assim conseguir conservava com praça neles os velhos e entrevavados, os doentes incuráveis e as crianças de menor idade" o que tornava a terça parte da tropa inútil e suposta. Imperfeições difíceis de corrigir do ponto de vista da quantidade porque "nesta terra e suas vizinhanças rara é a casa que não tem privilégio", como pela ordenação de um número excessivo de padres ou "porque todos se escondem nos matos", razões que impedem o

[105] *in* D. José de Almeida, *Vice-Reinado de D. Luiz d'Almeida Portugal*, p. 163, em francês no original.
[106] "Ofício do Conde da Cunha a F. X. de Mendonça Furtado acerca da falta de disciplina da força militar e tomada da Praça da Colônia do Scramento", 16 de junho de 1764; *in Arquivo do Conselho Ultramarino*, volume 29, p. 51.

recrutamento, além da falta de quartéis e "de meios". Motivos não menos importantes do que a caracterização qualitativa dos soldados que por serem naturais do Brasil ou dos Açores, o Conde da Cunha não pode duvidar que sejam "naturalmente moles, doentes e frouxos[107]. E a relação entre número e qualificação aparece claramente quando nesta carta ainda afirma que "esta falta de homens se experimenta mais visivelmente nos oficiais, porque os que são brasileiros não têm préstimo pelos defeitos já apontados, e os que são desse Reino por falta de capacidade e pela má criação que aqui tiveram estão tão débeis e achacados como os outros". Contando com uma tropa de lamentáveis características, como o pouco número e a "pior qualidade", por não dispor de quartel, de soldo suficiente para a alimentação como também de fardamento, pois vivem "nus e descalços", o Conde da Cunha só consegue justificar o fato de o Rio de Janeiro não ter caído nas mãos do inimigo espanhol por milagre do Todo Poderoso[108].

A análise do território e dos homens, que começa a se esboçar nesta época, faz emergir uma percepção da cidade e de seus habitantes como objetivo específico de uma observação que produz saber e controle político. Limita-se entretanto a indicar, como condição de superar todos os obstáculos apontados como sendo o negativo do exército, vagas propostas de aumento de soldo, criação de quartéis, melhoramento do recrutamento ou importação de tropas européias, o que ainda se acentua pela distância entre proposta de ação e meios disponíveis para realizá-la. A inadequação entre análise, proposta e realização não se limita a este problema específico, mas é muito mais geral e denota uma transformação das características do governo colonial que esbarra no tipo de funcionamento da própria Colônia com suas cidades, populações e instituições. Só transformadas estas poderão cumprir os objetivos que lhes começam a ser fixados por Portugal.

O mesmo se verifica com relação ao caso do vadio, problema vinculado à organização da força militar, mas que lhe transcende os limites. À luz dos interesses do Estado, face ao perigo ou mesmo à situação de guerra, é colocada a importante questão da desordem interna da população que, em parte, reflete concretamente, no plano interno, a figura ameaçadora do invasor. É assim que a carta régia dirigida ao Conde da Cunha em 22 de junho de 1766, assinalando as dificuldades de recrutamento de pessoal para a tropa, pede providência contra os vadios que, capazes de prestar serviço militar, ou se escondem no mato, cometendo toda sorte de insultos, ou tomam ordens como clérigos, engrossando as fileiras daqueles sacerdotes que não têm de que viver. O Rei não só assinala o problema — "cruéis e atrozes insultos que nos sertões desta capitania têm cometido os vadios e as facinorosos que neles vivem como feras, separados da sociedade civil e comércio humano" — como propõe medidas para resolver a situação: reuní-los obrigatoriamente em povoações civis, providas de autoridades administrativas como juiz ordinário, vereadores e procurador do Conselho "repartindo-se entre eles com justa proporção as terras adjacentes"[109].

O vadio é percebido como perigo através de "queixas" que chegam ao Rei, situação familiar a toda a época colonial onde o mecanismo da denúncia aciona o pro-

[107] Na carta do Conde da Cunha ao Conselho Ultramarino de 12 de agosto de 1764, eles aparecem como "moles, preguiçosos e ignorantes"; *in Arquivo do Conselho Ultramarino*, volume 29, p. 67 v.

[108] Cf. carta do Conde da Cunha ao Conselho Ultramarino 25 de junho de 1765; *in Arquivo do Conselho Ultramarino*, volume 29, p. 85v-87.

[109] Carta do Conde da Cunha ao Conselho Ultramarino, 23 de fevereiro de 1768; *in Arquivo do Conselho Ultramarino*, volume 29, p. 166-168.

cesso de governo. E o soberano ordena que todos os vagabundos passem a viver em povoação e recebam terras.

Ora, se por um lado se pode observar a preocupação com o vadio solto nos campos e o desejo de acabar com este estado de gente-fera, misto de homem e animal, por outro lado não está presente o modo pelo qual se assegurará a realização desta ordem, não se colocam as condições de sua efetivação: a palavra real se depara com um vazio institucional, com dificuldades e obstáculos. O Vice-Rei os explicita prudentemente em forma de "dúvidas", assegurando porém que fará publicar a ordem, o que, sobretudo nessas condições, não significa garantia alguma de que ela seja executada. Distância portanto entre o conteúdo da ordem real e os meios para executá-la.

A proposta do Rei é de impedir que vadios se perpetuem em sua condição de "vagamundos" através de uma medida aparentemente muito simples: sua integração e fixação na cidade. É bastante importante esta relação de pertencimento entre homem e cidade que confere à existência urbana a realidade positiva de uma força imediatamente regeneradora. Interessante dicotomia entre cidade e sertão. Este é local de inexistência de lei e de ordem e da correlata impossibilidade de conhecimento e controle. A questão do campo não pode receber solução ao nível do próprio campo. Nele o homem se rebaixa à condição de animal, vivendo no crime, nu e escondido nos matos. A cidade, ao contrário, aparece como local onde é possível restaurar, no homem, a sua humanidade: o contato é reestabelecido, está presente o poder da Igreja e da Câmara, a comunidade é passível de se auto-regular. A proposta de trazer os vadios de volta à cidade põe em evidência a necessidade do conhecimento e do controle da população, tidos como possíveis quando restritos aos limites da existência urbana.

Proposta tida como praticamente impossível de ser realizada pelo Vice-Rei. Em primeiro lugar, pelas causas da vadiagem: vagamundos são obrigados a viver fora da sociedade civil ou por dívidas ou por crimes, sua volta significando, portanto, ou a cadeia ou a forca[110]. E quando a lei não os busca, é a miséria — falta de casa e vestimenta — que os impele a esta vida de brutos. Em segundo lugar, por não se dispor, para essa atitude assistencial, de vestimentas, moradias e terras disponíveis[111]. O direito e a economia podem, portanto, funcionar como obstáculos à disciplina.

Em meio a tantas dificuldades, ou marcado por uma impossibilidade real, emerge o projeto de organizar em população os vadios dispersos. Projeto baseado em uma oposição entre o comportamento urbano e o comportamento selvagem e que atesta bem a noção de cidade como objeto e até mesmo como produto de uma estratégia de controle. Pois de nada valeria integrar, se a vida da cidade não permitisse ordenar. Só uma cidade ordenada é princípio de transformação. Nova percepção negativa da ociosidade e do fenômeno da vadiagem como parte integrante do mecanismo administrativo, que aparece claramente com o Marquês do Lavradio quando este idealiza casas com separação de sexos para os vadios se corrigirem, aprenderem um ofício e, depois, casarem, ganharem terras, moradia, gado e instrumentos agrícolas, opondo, deste modo, ao isolamento arbitrário e espontâneo, o isolamento que recupera para integrar e produzir.

---

110 Em 1769, o Rei ordena efetivamente a criação de uma "casa de correção" para mulheres licenciosas e vadios que "não se conduzirem como devem"; cf. carta do Marquês do Lavradio ao Conselho Ultramarino, 20 de fevereiro de 1770; *in Arquivo do Conselho Ultramarino,* volume 29, p. 212-212v.

111 Cf. carta do Conde da Cunha ao Conhelho Ultramarino, 23 de fevereiro de 1767; *in Arquivo do Conselho Ultramarino, volume* 29, p. 166-168.

Um outro projeto se elabora concomitantemente. Se, com o crescimento de suas funções administrativas, comerciais e militares e o aumento populacional, a cidade do Rio de Janeiro vem se transformando em lugar perigoso, em local de crime e agitação, uma série de medidas — projetadas sobretudo pelo Marquês do Lavradio — tenta modificar esse estado de coisas. Através de um esquema militar, pensado, em toda a sua amplitude, como forma de ordenar a população — um verdadeiro projeto de militarização da sociedade — o governo colonial estabelece uma mediação entre os interesses de defesa da cidade e o cuidado com a vida física e moral dos habitantes. Ameaça externa e ordem interna devem necessariamente conjugar-se, possibilitando, a um só tempo, idealizar a cidade como princípio de ordenação e conhecer, para corrigir, a singular distância que a separa desse modelo, sua realidade confusa, imperfeita, perigosa.

Um dos meios de ordenar os habitantes é estabelecer uma rede de militarização que envolva toda a população ativa através da criação de tropas auxiliares. Que elas devem se estender a toda a população, como da necessidade de sua mudança qualitativa com relação ao passado é o que ressalta da carta régia de 27 de março de 1766 enviada ao Conde da Cunha em que o Rei afirma que "sendo informado da irregularidade e falta de disciplina a que se acham reduzidas as tropas auxiliares desse Estado e atendendo a que nelas, sendo reguladas e disciplinadas como devem ser, consiste uma das principais forças que tem o mesmo Estado para se defender: sou servido ordenar-vos que logo que receberes esta, mandai alistar todos os moradores das terras da vossa jurisdição, que se acham em estado de poderem servir nas tropas auxiliares, sem exceções de nobres, plebeus, brancos, mestiços, pretos, ingênuos e libertos; e à proporção dos que tiver cada uma das referidas classes, formas os terços auxiliares e ordenanças

assim de cavalaria como de infantaria, que vos parecerem mais próprios para a defesa de cada uma das comarcas desse Estado"[112]. Projeto de ordenação militar da população que, antes de punir, visa a aliciar e revela novas condições de possibilidade e eficácia do poder político. A boa ordem e disciplina dessas tropas auxiliares traduz a ordenação desejável de uma população inteira.

Homogeneização dos habitantes que é uma exigência que não só contrasta como também dificilmente se harmoniza com as diferenças sociais intransponíveis e naturais, como podemos observar nas considerações do próprio Vice-Rei Conde da Cunha, que embora evidenciem toda a importância que desempenha a cidade como mecanismo de controle da vida social, ilustram as dicotomias, desencontros e obstáculos que o projeto político que esboça sua primeira formulação tem de enfrentar. Ambigüidade que aparece, por exemplo, quando critica[113] as administrações anteriores que, introduzindo o luxo e excessivas despesas "para abaterem e arruinarem as casas nobres e distintas", obrigaram as "pessoas autorizadas a retirarem-se às suas fazendas e engenhos". Errada política, a seu entender, pois justamente aqueles que enobrecem a cidade e devem ocupar os cargos administrativos permanecem isolados, casam-se mal, deixam filhos naturais e pardos ou cujos filhos ou netos "ali criados sem doutrina todos eles, por falta de trato com a gente branca, naturalmente se habituam aos costumes dos pretos gentios e em poucos anos teremos esta capitania cercada de régulos e de feras indomáveis", enquanto também a cidade fica entregue aos "oficiais mecânicos, pretos boçais nus e alguns homens

[112] Carta régia de D. José I ao Conde da Cunha, manuscrita.

[113] Cf. carta do Conde da Cunha ao Conselho Ultramarino, 24 de março de 1767; *in Revista do Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro*, 1962, volume 254, p. 390.

de negócios dos quais muito poucos podem ter este nome". A vontade de saber e a formulação de um conhecimento que penetre na cidade para focalizar quem nela habita ou deve habitar se limita a uma classificação hierarquizante com o objetivo de impedir a degradação de uma camada da população sem colocar a questão de produzir uma transformação qualitativa de sua totalidade.

Ambigüidade que também se manifesta quando descreve os habitantes da cidade como moles, doentes, frouxos, etc, vendo nestas qualidades negativas um caráter natural, inevitável e, portanto, imutável. Como também quando pede tropas portuguesas como uma das soluções para o problema da defesa da Colônia.

Com o Marquês do Lavradio, entretanto, o projeto de transformação da população e do indivíduo através de uma ação planificada do Estado já se mostra mais explicitado e articulado. No sentido de organizar a cidade para a defesa, diminuir deserções, conhecer os elementos disponíveis, o Marquês do Lavradio defende a feitura de "mapas" dos habitantes, escravos e livres, e sua esquematização tática que permita um comparecimento pronto e ordenado de todos em casos de perigo. A intervenção nas matas novamente aparece como importante. Pretende o Vice-Rei "remediar a fortificação do Castelo desta capital, posto sumamente vantajoso; a retirada mais segura para estes povos e a situação mais segura para ali se bater o inimigo se lhe puder conseguir entrar na cidade". A fortaleza acha-se arruinada "e até ultimamente achei cercada e coberta de mato e árvores tão grossas que se ocultavam dentro daqueles grandes bosques, que chegaram até à raiz da muralha, infinitos negros e aquilombados e muitas outras gentes que fugiam da cidade"[114]. A mata esconde elementos que

[114] Ofício do Marquês do Lavradio a Martinho de Melo e Castro, 8 de janeiro de 1777.

não só causam ou podem causar desordem na cidade — ladrões, negros aquilombados — como também elementos que fugiram à sua defesa — os desertores. Exclui elementos que devem ser parte integrante de sua população ativa. É local de desconhecimento para uns e de ocultação para outros. Correlação que não deve mais continuar a existir. Com esse objetivo um saber militar deve intervir e tematizar a cidade em sua especificidade para poder defendê-la, conservá-la e transformá-la.

Este projeto de transformação também está presente nos argumentos que, ao término de seu governo, levanta para defender a manutenção dos quatro terços auxiliares e do corpo de ordenanças por ele criados na cidade. Um primeiro aspecto a ressaltar é o do tempo ocupado como meio eficaz de combate à ociosidade, e sua relação com o trabalho. O deslocamento das tropas regulares para as campanhas do sul deixou a cidade indefesa. Mas o serviço nas tropas auxiliares de indivíduos que exercem ofícios ou comerciam não prejudicaria seus interesses e, por conseguinte, o crescimento da riqueza do Estado? Segundo Lavradio[115], o descômodo do povo é falso, "porque sendo-me necessário servir-me deles mais de dois anos, por não ter tropa com que fazer o serviço desta capital, e também para os exercitar, quando julgava precisar deles, não só isto não fez incômodo a seus negócios, ofícios e comércio, que pelo contrário se viu carregarem-se nesses mesmos tempos muitos navios, e girar com muito mais força o comércio"[116]. A intervenção no tempo vago dos moradores garante esse resultado. O serviço de guarda, o ensino e o exercício são uma forma de trabalho que acrescenta seu

[115] Relatório do Marquês do Lavradio, *in Revista do Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro*, tomo IV, nº 16, janeiro de 1843, p. 409-486.
[116] ibidem, p. 420.

efeito ao trabalho de uma população não-militar normalmente produtiva. A ociosidade é fator de perigo urbano: ela cria interstícios por onde penetram a vadiagem, o descontrole, a desordem. O trabalho, no comércio ou na tropa, preenche esses momentos vazios e o Estado extrai deles um benefício comum: "É certo que nascia em eu empregar no serviço aqueles corpos, nos dias e horas que lhes são a eles de ociosidade, como são os domingos e dias santos; e para os ensinos as horas da noite em que eles não têm que fazer nos seus armazéns, e que andam vadios pela cidade, de forma que tão longe estava de lhes fazer prejuízo, que eu julgo que, todos ocupados por este modo, era fazer-lhes grandíssimo benefício"[117].

Não se trata apenas, porém, de utilizar o tempo vago como uma medida de emergência para melhor adestramento dos moradores em defesa de sua cidade. Com a justificativa de mobilização geral para a defesa, desenha-se a figura de uma população submetida a uma hierarquia de controle próximo e imediato. Além dos objetivos de defesa e segurança — a segurança é a face preventiva da defesa — a que devem responder essas tropas, há uma razão mais forte para organizar os habitantes, seja nos terços auxiliares, para aqueles que têm idade, força e agilidade para tomarem armas, seja no corpo de ordenanças que deve incluir todos aqueles que não sejam capazes disso. O critério militar, na avaliação de forças, distingue para enquadrar.

Que razão será essa, para além de objetivos especificamente militares? É a de "reduzir todos estes povos em pequenas divisões a estarem sujeitos a um certo número de pessoas, que se devem escolher sempre os mais capazes para oficiais, e que estes gradualmente se vão pondo no costume da subordinação, até chegarem a conhecê-la todos na pessoa que Sua Majestade tem determinado para os governar"[118]. A referência a critérios de defesa — os mais e os menos capazes — permite englobar toda a população não em uma visão geral e generalizante — os vassalos de Sua Majestade — mas em um olhar que divide, inclui e localiza cada um na gradação contínua de poder que encontra, em seu topo, a figura do Vice-Rei.

Esta a razão mais forte, o instrumento político de intervenção tão lucidamente entrevisto para ordenar uma população caótica, preguiçosa e devassa, mas cujo caráter é, no dizer do Marquês, humilde e obediente, apesar de terem "furos, que logo se abatem, de vaidade e elevação"[119]. O conhecimento do caráter dessa gente, naturalmente submissa e portanto aliciável, mas ignorante, permite concluir pela inadequação de um poder legal que procura submetê-las: à relação jurídica de dependência ao Governador e aos magistrados deve se acrescentar a dependência a uma autoridade imediata, que discipline sem violência e arbítrio, segundo o esquema e a prática militares idealmente concebidas. "Estes povos em um país tão dilatado, tão abundante, tão rico; compondo-se a maior parte dos mesmos povos de gente de pior educação, de um caráter o mais libertino, como são negros, mulatos, cabras, mestiços e outras gentes semelhantes, não sendo sujeitos mais que ao Governador e aos magistrados, sem serem primeiro separados e acostumados"[120] a conhecerem mais de perto uma série de superiores que gradualmente dêem exemplo de obediência e respeito, como depositários de leis e ordens do soberano, não poderão ser governados e submetidos. Esse encadeamento contínuo, que supõe a ordenação em pequenas divisões separadas, pretende converter a burocracia colonial, ela própria cega às condições e

117 *ibidem.*

118 *ibidem*, p. 452.
119 *ibidem*, p. 424.
120 *ibidem.*

características singulares dos povos que deve regular, em minucioso mecanismo de controle. Na verdade, conflitam aí duas modalidades de governo político. A ameaça de guerra permite a Lavradio pensar esse compromisso, essa inscrição, no plano militar, da ordem burocrática e legal, coroada pelo soberano.

É, assim, o modelo de organização militar que, respondendo às condições específicas da população, torna viável o exercício da autoridade jurídico-administrativa. Neste sentido, o Marquês do Lavradio, de maneira esclarecedora, faz a crítica das medidas punitivas executadas pela autoridade legal, que não corrigem o faltoso mas agravam a desordem. A redução do povo a um novo tipo de ordenação política deve prescindir de tais medidas, por serem elas ineficazes. Um saber fundado na experiência pode pôr em questão um princípio tão firmemente estabelecido como o da utilidade das penas previstas em lei: "As experiências o têm mostrado, porque em todas as partes aonde tem havido de reduzir os povos a esta ordem, têm sido as desordens e inquietações imensas, e ainda depois de cansado o executor da alta justiça de fazer execuções nos a quem a lei tem ordenado pelos seus delitos, nem isto tem bastado para eles se diminuírem (...)"[121].

O Vice-Rei adverte que, cessada a iminência de perigo externo, seguiu-se um certo relaxamento na estrutura e funcionamento daqueles corpos auxiliares, que se pode e deve consertar, uma vez que sua utilidade não se restringe a fazer face a uma situação provisória. Mas o projeto ideal de ordem interna não encontra os meios de se efetivar na ausência de sua motivação imediata, a ameaça do invasor. A guerra, como a peste, é um dos lugares privilegiados a partir de que foi pensada uma nova modalidade de controle sobre a cidade e a população.

121 *ibidem*, p. 425.

Controle que tem, no Brasil colonial desta época, no Marquês do Lavradio seu mais clarividente formulador, como se pode ver por esse texto que critica a ociosidade e explicita a importância econômica e política do trabalho e que, mais do que qualquer outro, como se diz, dispensa comentários: "O meu parecer não se pode conformar com fábricas nas conquistas, porém é certo que esta regra não deve ser tão geral que em algumas vezes não tenha sua exceção.

"A América produz infinita gente, produção esta tão necessária para um país tão extenso que necessita de cultura, a qual não se pode fazer sem muitos povoadores, porém a maior parte destas gentes que nascem pouco ou nenhum aproveitamento se tira deles; a preguiça, a falta de providência para fazerem trabalhar a gente branca e ainda a parda, recaindo todo o trabalho sobre os escravos negros, fazem com que por falta de meios se não possam criar as crianças que nascem, e outras com a ociosidade destroem as suas saúdes nos primeiros anos de sua mocidade.

"As mulheres, por se não empregarem e por falta de meios para se sustentarem, se prostituem; desta prostituição procedem os infinitos achaques com que vêm ao mundo os que nascem; na facilidade que os homens têm com o trato das mulheres se segue também os poucos que buscam o estado de casados e tudo isso concorre para que, sem embargo de serem muitos os que nascem ou porque uns morrem nos primeiros anos, ou que outros se impossibilitam logo que principiam a estar em estado em que podiam ser úteis a estas conquistas, vêm a ser inúteis todos aqueles indivíduos e tem deixado este Estado de ter tirado as grandes utilidades que lhe oferece um país tão precioso; e para se evitar algumas destas desordens pode ser que fossem úteis algumas fábricas, obrigando-se as gentes ociosas a trabalhar nelas; evitando-lhes por este modo aqueles desconsertos e indigência a que os conduz a mesma ociosidade, reduzin-

do-os a uma vida não só mais conforme aos interesses particulares de cada um, mas também a todo o Estado"[122].

É justamente no âmbito desta nova orientação da administração colonial, que procura planejar medidas de transformação dos indivíduos e das populações utilizando-se de um esquema de militarização da cidade, que é colocada de maneira nova a questão da saúde e da doença. Vimos como das considerações dos Vice-Reis sobre a cidade do Rio de Janeiro se evidencia que sua população não é somente caótica, revoltosa, mole, frouxa e ignorante: ela é também doente. E a própria tropa, possuindo oficiais leprosos, doentes incuráveis, aleijados, etc., oferece um quadro representativo dos habitantes da cidade.

Analisemos, através do exemplo de duas instituições — o hospital militar e o leprosário — e da reflexão sobre a etiologia social da doença, como a administração colonial do final do século XVIII, ao elaborar um conhecimento da cidade e sua população, coloca a questão da saúde e da doença no raio de suas atribuições.

Recuperação do soldado

A criação de hospitais militares, a partir dos meados do século XVIII, responde à necessidade de atendimento ao soldado doente ou ferido e se inscreve na reorientação da política administrativa portuguesa em sua Colônia. O interesse da administração na proteção ao soldado que adoecia é um dos aspectos desse momento de reformulação política. A demanda parte dos próprios militares e será favoravelmente acolhida pelo soberano. A representação do Governador da praça de Santos ao Rei, no sentido da criação de um hospital militar, revela essa preocupação geral com o soldado enquanto função integrada à administração. Mesmo em tempo de doença, cabe à administração zelar por ele, atendendo a todas as suas necessidades: "Faz-me preciso pôr na real presença de Vossa Majestade que não havendo hospital nesta praça em que se curem os soldados, e vendo quanto empenhada está a Fazenda Real desta Providência, mandei pôr o Regimento pronto, e na frente dele propus aos oficiais e soldados se queriam que todos concorrêssemos dos nossos soldos para a factura de um hospital, de que tanto se precisava e todos uniformemente que estavam pelo que eu quisesse; entrei a tirar sua porção em cada pagamento com que dei princípio à obra"[123].

A situação de abandono, que ainda podia vigorar, deve ser contornada: "(...) Vossa Majestade mande dar ordenado a médico, cirurgião, sangrador, botica e que também há de querer que se assista aos soldados doentes com o sustento preciso para a sua vida, na mesma forma que se pratica em todas as mais praças do Reino e Conquistas de Vossa Majestade e muito mais mandando eu que logo que o soldado adoecer se lhe dê baixa no pão e soldo. Tenho representado ao provedor esta falta de caridade, e me responde que não

122 Ofício do Marquês do Lavradio e Martinho de Melo e Castro, 12 de janeiro de 1778; citado por J. C. Fernandes Pinheiro, "Os últimos Vice-Reis do Brasil", *in Revista do Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro*, tomo XXVIII, parte II, 1865, p. 244-245.

123 Carta do Governador da praça de Santos, Ignácio Eloy de Madureira, ao Rei, 14 de outubro de 1753.

tem ordem de Vossa Majestade para assim se fazer, não obstante os exemplos que tenho apontado. Pelo que recorro à real piedade de Vossa Majestade para que pondo os olhos neste desamparo, e ter eu evitado a Vossa Majestade a maior despesa, queira Vossa Majestade mandar que o provedor da Fazenda Real assista com todo o preciso tanto para o sustento dos soldados quando estiverem doentes, como com as roupas e mais miudezas (...)"[124].

A ausência de assistência ou a má assistência proporcionada pela Misericórdia levam a uma mesma medida: a criação do hospital militar como instrumento capaz de resolver o problema que o soldado doente ou ferido coloca para a administração. Isola-se, dentro da categoria abrangente de doente pobre, um elemento definido por sua função, que é o soldado. O encargo de sua doença — questão militar e não médica — passa a depender mais estreitamente da administração central. Questão militar, logo de imediata atribuição dos governadores. O hospital militar será uma iniciativa não apenas incentivada mas assumida por eles. Ao amplo objetivo assistencial dos hospitais, junta-se uma preocupação específica que se dá no âmbito dos encargos que devem caber ao governo da Colônia.

Em 1768, no Rio, será criado o Hospital Real Militar, por iniciativa do Conde de Azambuja. Como vimos anteriormente, o Conde, ainda como Governador da Bahia, propusera o funcionamento de um hospital militar em Salvador baseado em crítica às condições de hospitalização dos soldados na Santa Casa: "Pelo que, nesta parte, o que me parece melhor é mandar Vossa Majestade fazer hospital a parte para os militares, dependente só do governo, que é o único meio de eles serem bem curados e assistidos e de se evitarem os muitos embaraços que traz consigo o presente método de se curarem"[125].

Em 1769, o Hospital Real Militar, recém-criado, estabelece-se definitivamente no antigo colégio dos jesuítas, no morro do Castelo. O Conde de Azambuja segue a mesma argumentação usada na Bahia: "As casas que foram colégio dos jesuítas e onde o meu antecessor estava fazendo acomodações para os Vice-Reis, estão já servindo de Hospital Militar, conforme dei conta a Sua Majestade que determinara fazer, por ser o hospital antigo tão apertado para o número de tropas que presentemente aqui se acham, que muitas vezes para acomodar os doentes era preciso por a dois em cada cama. No hospital novo não somente há a largueza necessária, mas tem-se já experimentado que os doentes morrem menos e convalescem com maior brevidade (...)"[126].

Delineia-se, assim, em forma negativa, uma questão médica relativa ao hospital, questão submetida ao objetivo geral de preservação da vida do soldado que a doença atingiu. Tal questão é formulada não pelo médico, que não é sujeito autorizado para tanto, mas pela administração, na pessoa do governador e do militar. Os cuidados com o soldado enfermo visam a restabelecer um estado inicial de saúde que, como tal, não será objeto de investigação. O hospital não é pensado como instrumento de intervenção positiva com o objetivo de obter a cura e produzir saúde. Melhores condições significam, antes de mais nada, um espaço mais amplo, manutenção condigna e administração menos onerosa porque mais proximamente controlada. Com as novas instalações, pretende-se evitar ou atenuar as condições que

124 *ibidem.*

125 Ofício do Governador Conde de Azambuja a Francisco Xavier de Mendonça Furtado, Bahia, 4 de julho de 1767.
126 *ibidem,* Rio, 22 de janeiro de 1769.

fazem do hospital um lugar de doença e morte e que produz doença e morte.

A iniciativa governamental, que constitui o soldado doente como objeto de um cuidado à parte, não dá lugar, assim, a um novo modo de atuação do hospital sobre o doente. Pensado da mesma forma que os hospitais da Misericórdia, o novo estabelecimento do Rio de Janeiro apresentará os mesmos problemas de excesso de doentes e má administração.

Sob esse aspecto, no final do século a situação do Hospital Militar permanece a mesma. A atenção do Conde de Rezende se volta para seu aspecto administrativo, para garantir um melhor funcionamento, através de uma exigente e atuante fiscalização: bom andamento dos serviços, cumprimento das obrigações por parte dos funcionários, defesa dos interesses do erário público. Em contrapartida, o pessoal médico qualificado é diminuto: um cirurgião-mor e dois médicos, auxiliados por ajudantes de cirurgia e enfermeiros. O hospital conta com três enfermarias: duas delas — a de medicina e cirurgia — correspondem à divisão de funções entre o pessoal qualificado. Na terceira, a de galés, cuida-se dos prisioneiros condenados a trabalhos públicos. Não se pode dizer ,pois, que a divisão das enfermarias responda a critérios estritamente médicos.

O regulamento para o Hospital Real Militar de 1794 está interessado em coibir "alguns abusos na respectiva arrecadação e administração por falta de um claro método, e livros competentes (...) havendo por dita falta uma notável irregularidade com prejuízo talvez da cura dos enfermos, e do governo econômico que necessitam de um pronto e eficaz remédio"[127]. O regulamento se estende em considerações financeiras e de

127 Regulamento para o Hospital Real Militar, 1794 (datado pelo Arquivo Nacional).

administração geral, contendo um único item que trata mais proximamente do cuidado aos doentes, definindo os encargos do administrador que, nessa época, é um sargento-mor, portanto oficial militar: "O administrador que juntamente há de servir de enfermeiro-mor será obrigado a visitar o hospital não só à hora das visitas gerais com o médico e cirurgião mas todas as mais vezes que puder no dia e noite, de sorte que a toda hora estejam vigilantes nas suas obrigações aos enfermeiros e mais serventes do hospital e se informará particularmente com os enfermos, se os seus enfermeiros lhes faltam em alguma coisa, para os castigar, bem entendido que ele administrador de toda e qualquer falta nesta parte ficará perante mim responsável. Presidirá a repartição e distribuição dos almoços, jantares e ceias dos doentes, para observar o comer, que se lhes ministra, e o asseio com que é feito, e como são tratados no mais que necessário for; fazendo que em tudo haja boa ordem, e procurando que todos façam as suas obrigações com modo e caridade cristã, despedindo logo do serviço do hospital os que pelas suas faltas assim o merecerem, o que se entenderá somente no que toca a enfermeiros e serventes da casa, depois de os advertir, e por isso lhe obedecerão e cumprirão tudo o que por ele administrador lhes for mandado (...)[128].

No entanto, o funcionamento mesmo do hospital militar obrigava ao registro e análise de casos, tendo como finalidade decidir sobre baixa ou não de serviço. Cuidar do soldado enfermo e mantê-lo durante sua doença só tem sentido na perspectiva de sua reintegração à tropa, com o menor ônus financeiro possível. Com isso, e embora subordinada a interesses administrativos, a função médica articula-se com um objetivo militar e não se justifica apenas como exercício humanitário e caritativo. Resulta daí a necessidade do parecer médico

128 *ibidem.*

e do registro desse parecer para encaminhamento ao Governador. Os pareceres do final do século se organizam em torno da oposição curável-incurável e são fornecidos, conforme o caso, ou pelo cirurgião-mor do hospital, acompanhado dos cirurgiões dos corpos militares a que o soldado pertencia, ou pelos médicos do hospital. Um exemplo ilustra esse procedimento: "Ilmo. e Exmo. Sr. Antonio Manoel da Silva, soldado do 2º Regimento e 3ª Companhia, doente neste hospital, se lhe fez conferência na minha presença pelos professores de medicina José Carlos de Moraes e Antonio Francisco Leal e atestam ser gotoso tomado das juntas e portanto incapaz do real serviço; o que observado neste soldado que o mais do tempo está no hospital, tanto na medicina como na cirurgia e nunca teve melhoras, antes a pior"[129].

Pela lógica de seu funcionamento no campo de interesses estratégicos e administrativos do governo central, o hospital militar do Rio, no final do século XVIII e início do seguinte, será percebido como instrumento não apenas de registro e análise de casos mas ainda como lugar de formação de pessoal qualificado. Os hospitais foram, desde muito antes na Colônia, um lugar de aprendizado pela prática, validado pelos procedimentos formais da Fisicatura e do Proto-Medicato. Mas o hospital militar oferece condições para que se pensem novas formas de aprendizado médico, fundadas numa nova concepção da função hospitalar. É nele que essa concepção, consolidada na Europa, primeiramente repercute, através do interesse que a administração colonial passa a demonstrar pelo processo de formação de médicos e cirurgiões.

[129] Ofício de Antonio Roiz do Esprito Santo, sargento-mor, administrador do Hospital Real Militar, Rio de Janeiro, 9 de março de 1799.

É o que indica um documento dessa época, em que o hospital militar aparece como lugar de observação e ensino. "Sendo os ajudantes de cirurgia destinados por Sua Majestade para ajudarem os cirurgiões-mores no trabalho curativo dos seus doentes nos corpos que lhes respeitam, tanto no tempo de paz como de guerra: Ordeno que sejam repartidos todas as semanas igualmente, metade acompanhando os médicos, e a outra metade os cirurgiões-mores; e na outra semana acompanharem os médicos, os que na passada acompanhavam os cirurgiões, a fim de que vão participando de uma como outras luzes"[130]. Conhecimento do doente no momento de sua admissão ao hospital: "Os médicos devem apresentar aos referidos ajudantes os doentes que de novo entram, ouvir-lhe o seu voto na indagação da moléstia, e seu nome, e ao depois o método curativo que se deve seguir, declarando ele médico qual é o voto conforme à boa prática em termos claros, para que se possam tirar proveito, e virem no conhecimento médico do modo que devem ter na aplicação dos remédios"[131]. O mesmo devem praticar os cirurgiões, obrigando os ajudantes mais hábeis a fazer operações em sua presença. Por fim, observação contínua e registrada: "Os sobreditos ajudantes serão obrigados cada um de per si, ou incorporados os de cada repartição, a fazerem uma história diária da moléstia de cada um dos doentes, dos seus remédios, o estado em que ficam, quando saem para entregar aos que de novo entram, a qual será vista pelo respectivo médico, ou cirurgião-mor"[132].

Esboça-se, desse modo, o projeto de um modo de atuação diferente sobre o soldado enfermo, através de um saber que se produz no hospital e é ali transmitido. Projeto sem possibilidades de realização plena, mas de

[130] Documento não datado, Arquivo Nacional.
[131] *ibidem.*
[132] *ibidem.*

cuja existência dão testemunho dois fatos: a substituição, no cargo de inspetor do hospital, da sargento-mor por um médico, por ser este lugar de inspetor "impróprio de oficiais militares"[133] e, posteriormente, a instalação da primeira escola cirúrgica, que funcionará anexa ao Hospital Real Militar, com a chegada ao Brasil de D. João.

As preocupações da administração em relação à saúde restringem-se à hospitalização do soldado, como momento privilegiado de uma administração militar da doença que terminaria por atingir a prática de observação, cura e ensino médicos? Na verdade, o bom funcionamento do hospital e o ensino em seu interior inscrevem-se em uma percepção mais ampla do problema da população como fator de riqueza e defesa do território.

No final do século, o Ouvidor geral de Pernambuco solicita ao Rei permissão para instalação de um hospital de caridade no Recife. Para justificar seu pedido, ele traça um quadro da miséria urbana, analisando os costumes da vila: "Os cabedais desta capitania, que apenas giram das mãos dos comerciantes às de raros agricultores desempenhados, e entre mercadores, nada ou quase nada fomentam a indústria popular que tem poucos objetos a que se aplique. Além disso, a irregular polícia deste país facilita a inércia natural dos seus habitantes que, achando na fertilidade do seu terreno fácil sustento para a vida, se poupa ao trabalho a que só se sujeita a desgraçada mas necessária escravatura. Daqui nasce a muita pobreza que se manifesta entre o povo, e por maior desgraça coberta de luxo, a que sacrifica os poucos cômodos e talvez necessidades da vida, cujo termo é acompanhado de todas as misérias e desconsolações enquanto acaba quem vive aos dias

[133] Carta de D. Rodrigo Coutinho ao Conde de Rezende, 21 de fevereiro de 1801.

e desbarata o que mal basta a sua bem regrada economia"[134].

Para viabilizar financeiramente o novo hospital, o Ouvidor sugere a extinção do hospital da misericórdia de Olinda e a anexação da casa dos expostos do Recife. A primeira, além de distar muito da vila, é deficiente no atendimento aos enfermos e administrativamente corrupta. A segunda não atende às necessidades da vila, pois vive à míngua e nela só podem ser atendidos doze desamparados. "A humanidade, a religião e a política felizmente conspiram por igual a convencer-nos de quanto importa, e se deve fazer para preservar as vidas dos inocentes, e infelizes frutos da incontinência e da miséria. A agricultura, o suprimento das tropas, quase sempre incompletas por falta de gente, e as artes terão nos braços que a caridade lhe salvar grande auxílio e adjutório"[135].

O projeto de criação de um novo hospital desencadeia, assim, um discurso abrangente sobre a vida da população, o trabalho e a defesa. O hospital articula-se com os problemas mais gerais que enfrenta o governo da cidade. O ensino médico será um dos aspectos dessa ofensiva a que se propõe o governo, ofensiva que tem por objetivo geral combater os desmandos e o ócio de uma população sem trabalho.

O documento critica a formação tradicional do cirurgião e propõe o hospital como lugar de ensino regularmente distribuído por disciplinas específicas: "Os enfermos externos e a sociedade pública participarão de um grande melhoramento estabelecendo-se no hospital uma cadeira de anatomia, e mais lições de cirurgia,

[134] Carta do Desembargador Ouvidor geral de Pernambuco Antonio Luís Pereira da Cunha ao Rei, 20 de julho de 1798.
[135] *ibidem.*

donde saiam cirurgiões menos funestos e homicidas, dos que forma o método vulgar dos estudos do país. A língua materna tem poucos livros bons desta classe, e raros nesta terra. A anatomia não se aprende bem por estampas, ainda as melhores que cá não chegam; o estudo dos cirurgiões do país se limita à pouca e má lição caseira e acompanham alguns tempos um cirurgião formado pelo método exposto, e a quem o delegado do Proto-Medicato deu licença para matar impunemente. Vossa Excelência prevê bem que horrível carniceiria se aparelha a um povo curado pela maior parte por semelhantes professores: e como os naturais do país por falta de meios ou de inclinação não possam ir a estudar no Reino, a instituição da cadeira será o único meio de atalhar a tantos males, porque os sangradores dos navios, que por aqui se deixam ficar, são tão maus como os cirurgiões da terra"[136].

A importância da figura do médico dentro do hospital, como sujeito de saber, é uma exigência funcional do estabelecimento hospitalar: "É portanto indispensável que venha do Reino algum hábil cirurgião para exercitar esta cadeira, e ensinar anatomia, operações cirúrgicas e arte obstetrícia, estabelecendo-se no hospital um teatro próprio e adequado para a dissecção dos cadáveres"[137]. O candidato, instruído em disciplinas específicas por médico e cirurgião competentes, será examinado por aqueles que o acompanharam durante o processo de aprendizagem: "Para médico porém do hospital tenho a honra de oferecer a Vossa Excelência o Dr. José Joaquim de Carvalho, um dos quatro médicos residentes e estabelecidos nesta terra, cujo talento, estudos e qualidades o fazem digno de ser encarregado da direção e

136 *ibidem.*
137 *ibidem.*

regime do hospital, e é por isso o mais hábil que se poderia achar. Este médico fará as preleções necessárias para habilitar os cirurgiões a curar as doenças e acidentes complicados com os que são peculiares da faculdade cirúrgica; e ainda instruir os mesmos cirurgiões nos elementos de fisiologia, patologia, terapêutica e matéria médica, fazendo cursar de dois a três anos segundo necessário for para que os alunos do hospital possam melhor servir ao público, não se havendo por habilitados senão os que forem aprovados pelos ditos médicos e cirurgião e delegado do Proto-Medicato"[138].

No final do século, explicita-se o projeto de reformulação da função hospitalar. O hospital é uma instância pública que, operando sobre uma dada população, garante os interesses da administração colonial na área do trabalho e da defesa. Inscrição, pois, da doença em uma perspectiva social mais ampla. A doença acompanha a pobreza, o ócio, o vício e o crime, características de cidades sem trabalho, entregues ao luxo ilusório que a escravidão possibilita. O hospital não tem mais uma exclusiva missão humanitária e religiosa. Ele será percebido como instrumento político, instrumento de governo. Ao se articular com um conjunto de fatores sociais, sua eficácia — seja ao nível administrativo e financeiro, seja ao nível da cura e do ensino médicos — começa a ser questionada. Questionamento que não encontra, no momento, condições para que se traduza em medidas efetivas de transformação. Neste sentido, o hospital militar é o objeto mais próximo dos interesses imediatos da administração, em que esta procura efetivar a estratégia geral de controle hierarquizado e centralizado segundo um modelo militar de governo.

138 *ibidem.*

Isolamento do Lázaro

Uma segunda instituição que nos permite situar a posição da administração com relação à doença diz respeito à lepra. Na segunda metade do século XVIII, os Vice-Reis — especialmente o Conde da Cunha e o Conde de Rezende (1790-1801) — acentuam, na correspondência enviada à metrópole, o perigo da presença dos leprosos na cidade. A relação entre lepra e perigo não é nova e está presente em documentos produzidos pela administração portuguesa desde o século XVII. Entretanto, se não há novidade no que diz respeito à denúncia do perigo, existe uma modificação ao nível da solução proposta para o seu extermínio, que coloca a necessidade de o lazareto, destinado a um fim específico, obedecer a princípios específicos de localização, organização e funcionamento.

Numa carta escrita pelo Conde da Cunha em 1765 a Francisco Xavier de Mendonça Furtado, ministro presidente do Conselho Ultramarino, está formulado um pedido no sentido de que o governo ceda a casa dos jesuítas situada em São Cristóvão para ser transformada em lazareto. O Vice-Rei justifica o pedido mostrando o perigo que a liberdade dos lázaros causa à cidade e seus habitantes: ele aponta "o grande perigo em que esta cidade se acha causado pelo mal contagioso da morféia, porque já não há rua, nem praça onde se não encontrem os miseráveis leprosos, nem também ribeiro ou fonte em que eles se não banhem, e por esta causa todas as águas estão infeccionadas e toda esta grande terra no risco de a devorar este tremendo fogo que em todo o Brasil se tem ateado"[139]; mostra que a utilização desta

[139] *in Revista do Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro*, volume 23, 1860, p. 432.

casa como hospital de lázaros é uma "obra tão pia e necessária a este povo", recomendável em nomes do "bem comum desses seus úteis e fiéis vassalos"[140]. A cidade, manchada pelos leprosos e pela sua presença, é invadida pela doença através de elementos que são comuns a toda a população: a água é utilizada por todos, as ruas e praças são meios de comunicação e circulação dos homens e das mercadorias. Combater a presença dos leprosos é manter a população vassala em vida e em estado útil. A cidade, articulada pela água, ruas e praças, pode ser destruída pelo fogo da lepra.

Como conseqüência da relação cidade-lepra, que mostra a doença avançando através dos meios de circulação, o Conde de Cunha aponta para a necessidade de um lazareto dotado de determinadas características tanto quanto à sua localização como à organização e funcionamento internos. A localização adquire particular importância, na medida em que se deve evitar tanto a comunicação direta entre habitantes da cidade e leprosos quanto a comunicação indireta realizada através dos elementos ar e água: a casa dos jesuítas está a borda d'água, tem rio de água doce para os banhos, tem grande chão para horta, bom território para pasto das vacas de leite, não tem passagem por nenhum dos lados e está em alto lavado de ventos[141]. A organização e funcionamento do lazareto devem também obedecer a certas exigências, o que impede que a casa dos jesuítas seja simplesmente utilizada: ela deve ser transformada e adaptada para um fim específico. Obras de adaptação devem portanto ser realizadas: criação de quatro enfermarias para homens e uma para mulheres, residências para o capelão, cirurgião, enfermeiros e escravos; cozinha, lavanderia, horta, campo de pasto para vacas de leite,

[140] *ibidem*, p. 435.
[141] Cf. *ibidem*, p. 434.

açougue. A instituição lazareto adquire um caráter de especificidade em função daqueles que irão ocupá-la. Não é suficiente ter um local para alojar os lázaros e excluí-los da cidade: uma exclusão passa a ser eficaz somente quando existirem condições que garantam a ausência de comunicação e a contenção do mal — mal específico — no espaço para ele destinado. Dentre as condições, está a presença religiosa do capelão e médica do cirurgião: duas figuras residentes no lazareto, que procuram diminuir o sofrimento do leproso ao nível do corpo e da alma.

O pedido do Conde da Cunha é atendido. Em 1766 são elaborados estatutos[142] regulando o funcionamento e organização do lazereto e subordinando a estes sua eficácia enquanto neutralizador do perigo. Alguns capítulos são particularmente significativos, ao indicarem;

1 — Obrigatoriedade de internamento, independentemente da condição do doente. "Capítulo 4 — Neste hospital se hão de recolher indefectivelmente todas as pessoas de qualquer estado ou condição que estiverem contaminadas do mal de são Lázaro, violentando-se ainda as que duvidarem fazê-lo voluntariamente, porque assim o pede a utilidade pública. E nesta matéria terá grande vigilância o ministro que Sua Excelência para isso destinar (...), o qual examinará com o maior desvelo se algumas pessoas infectas daquele mal se ocultam para evitar a reclusão".

2 — Exigência de isolamento que se revela não só nos exames de entrada e saída do lazareto, como na circunscrição de um espaço dentro do qual o leproso pode se movimentar. "Capítulo 6 — Deve porém acautelar-se que se não mandem para o lazareto alguns enfermos que não padeçam deste mal contagioso, para o que, antes de serem remetidos, se procederá a uma junta, na presença do ministro presidente nomeado, a

142 Cf. Heráclides Cesar de Souza, *op. cit.*, p. 62 a 65.

qual se há de compor de médico e cirurgião do Hospital da Saúde e de outro da Relação e na mesma se decidirá por pluralidade de votos a enfermidade que experimentam, tendo o ministro presidente voto decisivo, e só com bilhete do referido médico do hospital, rubricado pelo dito ministro, deve ser admitido (...). Igualmente não poderá sair do mesmo lazareto enfermo algum, debaixo de qualquer pretexto, sem que em outra junta formalizada pelo método exposto, se resolva que o tal enfermo se acha de todo convalescido e são, o que será difícil nesta moléstia, de natureza incurável". "Capítulo 13 — Em nenhum caso se permitirá aos enfermos fazerem passeios fora do recinto do hospital e sua cerca; porque só dentro destes limites poderão ter semelhante desafogo. Igualmente se não deve consentir que pessoa alguma de fora entre no hospital a comunicar com os enfermos (...)".

3 — Criação de uma hierarquia de pessoal, com funções explicitadas. Esta hierarquia tem como cúpula o médico e o capelão e como base os enfermeiros que, como elementos mais próximos do doente, mantêm médico e capelão informados das necessidades de cada doente. No momento da entrada (ver capítulo 6 citado acima), está cúpula tem um terceiro elemento, o ministro presidente: figura não médica, tendo o primeiro sido o intendente geral José Maurício da Gama Freitas. "Capítulo 7 — Haverá no hospital um capelão que deve assistir dentro dele, para acudir mais prontamente com os socorros espirituais aos miseráveis enfermos, e nenhum destes será recolhido no hospital sem que primeiro, por informação do revd. capelão, conste haver se confessado (...)". "Capítulo 8 — Também devem haver para assistir aos enfermos um médico que será obrigado a fazer duas visitas por semana (...), e um cirurgião que assista continuamente no dito hospital". "Capítulo 9 — Por ter verificado a experiência o louvável zelo e

caridade com que os irmãos Bernardo do Rosário e Theodoro do Menino Jesus, com seus dois companheiros, se empregam desveladamene no curativo dos enfermos, se espera da bondade divina a sua conservação (...)". "Capítulo 11 — Os ditos enfermeiros exercitarão todo o governo econômico e doméstico do hospital, tanto a respeito do tratamento e curativo dos enfermos, como na disposição do seu diário alimento, e só pelo decurso do tempo é que pode conhecer-se qual é o mais conveniente para semelhante moléstia. Eles informarão ao médico e ao cirurgião, nas suas visitas, do estado em que se acham, e quando os doentes necessitem, ou por sua devoção pretenderem os remédios espirituais, o participarão logo ao revd. capelão (...)".

O lazareto criado apresenta características específicas em função de um objeto específico, o leproso. A localização do hospital, assim como sua organização e funcionamento, aparecem como condições para se evitar o contágio e livrar a cidade do perigo que a ameaça. Neste momento, entretanto, o critério médico não é o único a ordenar o interior do hospital: o religioso tem um papel importante.

Este hospital e seu funcionamento são criticados, em 1790, pelo Ouvidor geral do Crime João Manoel Guerreiro de Amorim Pereira. O Vice-Rei Conde de Rezende, pedindo-lhe informações sobre a situação do hospital dos lázaros, recebe como resposta[143] a afirmação de que a lepra ainda é um grande perigo para a cidade e seus habitantes. A crítica refere-se basicamente ao não cumprimento dos estatutos e toca nos seguintes pontos:

1 — inexistência de capelão: o que havia morreu;

2 — inexistência de médico: o que havia teve o pagamento suspenso por ter desamparado a assistência dos enfermos;

[143] *in Heráclides* Cesar de Souza, *op. cit.*, p. 78 a 80.

3 — inexistência de cirurgião efetivo: o que havia foi expulso, sendo que um outro que o substitui não recebe ordenado.

4 — denúncia do fato de que "dentro da cidade se acham ainda cinqüenta doentes atacados do dito mal e quase todos tão pobres que, vivendo de dia ocultos em suas casas, se lançam de noite a pedir e muitos se recolhem pelos trapiches, aproveitando-se alguma vezes dos mesmos sacos de farinha para lhe servirem de cama, como alguns párocos me informam, de que podem resultar perniciosas conseqüências à saúde pública".

Este documento mostra a ineficácia do lazareto pelo fato de os princípios de organização e funcionamento não estarem sendo seguidos, e de o isolamento não estar sendo assegurado. Daí a continuação do perigo representado pelos leprosos que permanecem na cidade: tornam-se necessários tanto uma presença vigilante que denuncie os leprosos quanto um cuidado e tratamento dentro do hospital que assegurem a contenção da lepra.

Em 1793, o Conde de Rezende escreve a Martinho de Melo e Castro, ministro e secretário do Conselho Ultramarino, descrevendo o hospital, seus objetivos e os motivos pelos quais estes não estão sendo cumpridos[144]. Os objetivos são: congregar e unir os contaminados do mal, para serem alimentados e socorridos; remediar os que pudessem ser curados; salvar através da separação os habitantes da cidade.

Os objetivos não foram cumpridos porque: fora do hospital apareciam muitos leprosos de ambos os sexos ocultos no centro da cidade; apenas algumas vezes era chamado médico, talvez para o último desengano; o sítio do lazareto ficava perto da cidade, o que tem duas conseqüências — primeiro, "o ar que se respira é todo infeccionado, porque os ventos tanto de terra como do

[144] *ibidem*, p. 94 e 95.

mar lançam os vapores corruptos para ambos os lados povoados, que gradualmente vão contaminando os seus moradores"; segundo, a possibilidade de comunicação, permitindo que os "empestados" penetrem na cidade.

Existe, por parte da administração portuguesa, uma reflexão sobre o hospital dos lázaros e sobre os lázaros voltada para a manutenção em vida dos habitantes da cidade: coloca-se não só a necessidade de existência de um lazareto, mas a necessidade de um funcionamento, organização e localização específicos a um hospital destinado aos lázaros, que deve excluir os doentes da cidade ao mesmo tempo em que cria um espaço capaz de conter a doença e impedir sua circulação no espaço urbano.

O fato de o problema ter sido colocado pela administração não significa que o médico tenha sido excluído de sua solução. A própria administração portuguesa criou um lugar e um papel para o médico, nem sempre preenchido por este.

Quanto ao princípio de localização, a carta régia de 29 de abril de 1763, em que o Rei D. José I autoriza a fundação de um lazareto no Rio de Janeiro, constitui exemplo de demanda pelo saber médico: o hospital deve ser edificado em local adequado e escolhido pelos "professores de medicina".

Quanto à organização e funcionamento, a presença médica é colocada como necessária para que a instituição cumpra seu objetivo de neutralizar um perigo. Os documentos do final do século conferem ao médico uma importância crescente em detrimento do elemento religioso, agora apontado como não qualificado: como já foi visto, os estatutos de 1766 dão ao médico um papel importante no que diz respeito à admissão de doentes no lazareto, apesar de compartilhar este papel com o capelão e com um funcionário da administração portuguesa, e no que se refere à sua presença no interior do hospital; na já citada carta do Ouvidor geral do Crime

ao Conde de Rezende, assinala-se a importância do médico por dois motivos — primeiro, porque os doentes precisam da "continuada assistência de médico para observar o estado" e, segundo, porque há necessidade de se vigiar os cirurgião, sem o que há perigo de serem admitidos doentes que não são leprosos e que lá dentro se tornem, como também de saírem doentes não curados[145]; na carta no Conde de Rezende ao Conselho Ultramarino também é enfatizada a necessidade do médico como figura superior ao cirurgião e enfermeiros — "procurando examinar se no dito lazareto havia algum médico de partido para curar os enfermos, que na forma de sua instituição era obrigado a fazer sua visita duas vezes em cada semana a fim de poder tão bem conhecer as utilidades do seu curativo e os recursos que se tivessem descoberto para se acautelarem os progressos deste mal; fui de todo certificado que apenas algumas vezes, e muito raras, era chamado um médico sem ser de partido, talvez para dar o último desengano a aquele que nada tem que esperar do seu estado; por que todos eram assistidos e curados por um cirurgião e ordinariamente pelos donatos de Santo Antonio, que sendo uns meros enfermeiros, são os que decidem da sorte de tantos desgraçados"[146].

A partir da dupla colocação de que a lepra representa perigo para a população, útil e necessária ao poder português, e que a simples exclusão da cidade em local determinado é ineficaz no que diz respeito ao controle do mal, formula-se uma demanda em relação ao saber médico e assinala-se um papel a ser desempenhado, dentro da instituição, pelo médico. Localização, organização e funcionamento gradativamente passam a obede-

[145] *ibidem*, p. 79.
[146] *ibidem*, p. 95.

cer a critério médico — no início assessorado pelo religioso — a partir de uma iniciativa da administração portuguesa. E não dos médicos.

Por que a cidade é doente?

O poder colonial assume como um dos objetivos da própria administração a questão da recuperação do estado de saúde de seus habitantes. São exemplos disto, como vimos, o hospital militar, em que a reintegração do soldado à tropa é um primeiro passo da transformação da própria instituição hospitalar, e o leprosário, como entidade assistencial, presidida por critérios médicos de localização, organização e funcionamento, em que o isolamento do leproso incurável protege a cidade do perigo do "contágio". Neste preciso momento, o Estado português, representado pelos Vice-Reis, se atribui a tarefa, visando a uma intervenção sobre a cidade, de conhecer as causas de doença do Rio de Janeiro.

Exigência que circunscreve o negro — como o leproso — como portador de um perigo a ser evitado. Prova disto é o fato de que o comércio de negros escravos — que, chegados da África, saem imediatamente dos navios para as casas dos negociantes, no centro da cidade, penetrando assim no espaço urbano e misturando-se a seus habitantes — passa a ser visto como permanente ameaça à saúde e à vida da população. Amontoam-se nos locais mais à vista e ali respondem a todas as suas necessidades, causando o maior fétido e atentado à moralidade, situação que, em 1774, é dada como causa de uma epidemia de bexigas que matou mais de cinco mil pessoas. Era preciso afastá-los das ruas públicas e principais, porque vinham "não só cheios de moléstias mas nus". A medida saneadora ordena que os escravos sadios desembarquem no Valongo, lugar separado de toda comunicação e que os doentes sejam transportados para São Domingos, do outro lado da cidade, para ali serem curados. Impede-se assim o contato imediato entre o escravo — sadio ou doente — e a população. Duas distinções — escravo/população, saúde/doença — orientam uma medida concreta contra as perigosas conseqüências de um aglomerado confuso e possibilitam a inclusão ordenada e saudável do escravo na cidade e no trabalho, muitos deles indo diretamente do seu isolamento para as minas e a agricultura. É assim que se restaura a qualidade natural do elemento corrompido, seja ele físico ou moral, por uma ação que, para transformar, localiza e distingue. De fato, diz o Marquês do Lavradio em seu relatório, o benefício para a saúde dos povos logo se fez notar: os escravos se recuperam das moléstias, o ar da cidade se purifica, a moral é salvaguardada.

Exigência que no Vice-Reino do Marquês do Lavradio se manifestou não só na remoção dos armazéns de escravos para o Valongo, mas em uma série de medidas de transformação urbana, como a abertura e o calçamento de ruas, a construção de estradas, pontes e fontes, etc. E que ainda aparece mais explicitamente não só quando o Conde de Rezende ordena a execução de um trabalho de secamento de pântanos, mapeamento e abertura de ruas, por considerar as águas estagnadas focos de emanações palustres capazes de produzir várias moléstias, como principalmente quando sugere que a Câmara organize uma consulta aos médicos considerados mais notáveis sobre as causas de insalubridade do Rio. As questões são formuladas pela Câmara em 1798 e apresentam pareceres os médicos Manoel Joaquim Mar-

reiros, Bernardino Antonio Gomes, Antonio Joaquim de Medeiros e Antonio Francisco Leal[147].

Analisemos esses documentos cuja importância é imensa para situar o aparecimento de um novo tipo de reflexão sobre a doença. Fundamentalmente, a consulta da Câmara é sobre quais são as doenças endêmicas e epidêmicas do Rio de Janeiro, como também se elas são devidas ao clima quente e úmido. Mas, em vez de se limitar à generalidade dessa questão, a Câmara encaminha a resposta sugerindo as causas da umidade e do calor reinantes. A baixeza do pavimento da cidade, o empoçamento das águas das chuvas e a pouca circulação do ar seriam responsáveis pela umidade, enquanto que o calor seria devido aos morros que circundam a cidade e impedem a entrada dos ventos e à direção das ruas que expõe as casas ao sol durante todo o dia. E, não se restringindo à umidade e ao calor, pergunta se não são, também, causas das doenças as imundícies existentes na cidade e se não há outras causas morais e dietéticas.

Vemos, portanto, que a questão é posta em termos de causalidade. Tanto a consulta quanto as respostas não só distinguem, como relacionam dois tipos de causas: as naturais e as produzidas pelo homem.

A causa natural é fundamental. Ela é unanimemente apontada como sendo o clima, ou melhor: o calor, a umidade e a contínua variação da temperatura atmosférica. Este tipo de clima influi perniciosamente sobre o indivíduo: nele os corpos padecem, por transpirações repercutidas, espasmos suscitados por perpétua mudança de estado e rutura de equilíbrio da economia animal, como diz o dr. Marreiros.

147 O jornal *O Patriota* publicou em 1813 as questões da Câmara e a resposta desses três primeiros médicos, nos números 1, 2, 3.

A referência básica feita com relação ao clima é o ar, elemento natural e universal responsável pelas doenças do Rio de Janeiro. E as causas não-naturais são capazes de interferir na saúde dos indivíduos justamente na medida em que acarretam a corrupção deste elemento natural.

Os pareceres médicos criticam, assim, a direção de algumas ruas, por impedir a livre circulação do ar; o tipo de construção das casas, por dificultar a renovação do ar; as águas estagnadas, por exalarem "pestíferos vapores" e a imundície das praias, praças e casas por alterar, corromper e degenerar o ar, tornando-o mais capaz de produzir enfermidades.

Uma série de aspectos é delimitada como passível de intervenção, a partir da referência à degeneração do ar. O primeiro deles diz respeito à urbanização. O que aparece claramente em um texto de Medeiros: "As moléstias não respeitam idade, sexo, lugar de habitação, porém não é o mesmo habitar em cidade sujeita a enfermidades endêmicas e freqüentemente epidêmicas, por causa de má situação geográfica e má construção dos edifícios, que viver em uma cidade bem organizada, ventilada dos ventos sem imundície no interior".

São as seguintes as medidas urbanísticas propostas: nivelar o chão da cidade de maneira a impedir a estagnação das águas, o que também implica no aterro de pântanos e destruição de morros. Abrir praças e ruas. Controlar a construção das casas: com esse objetivo a Câmara deve regular a altura do pavimento, examinar o risco e vigiar o funcionamento sanitário das casas. Plantar e conservar árvores na cidade[148]. Proibir o amontoamento de imundícies em valas, canos, praias, praças e providenciar o despejo do lixo fora da cidade.

148 Marreiros, por exemplo, se refere à "saudável exalação dos grandes matos vizinhos à cidade de que são oficina de ar vital".

O projeto de urbanização, ao mesmo tempo que analisa, desvela a cidade como um todo organizado, articulado. Esquadrinhar, dividir, isolar implicam, por outro lado, em estabelecer relações entre elementos e objetos aparentemente dispersos e desvinculados mas que se agenciam, na medida em que qualquer desordem singular pode acarretar o mal funcionamento do todo. Assim, o olhar médico pretende dar conta de uma realidade integral, examinando não só as características naturais do Rio — clima, localização de morros, regime de chuvas e ventos, etc. — como também a cidade como construção do homem. O planejamento urbano aparece, portanto, nos pareceres médicos do final do século XVIII, como vital para a luta contra a doença.

Os pareceres, porém, não se restringem ao aspecto urbanístico, estendendo-se ao domínio da alimentação pensada tanto em relação à corrupção do ar da cidade — mercado de peixes, armazéns de carne seca, etc. — quanto como elemento que, ingerido, poderá ser prejudicial ou benéfico à saúde. É preciso escolher bem os alimentos: por exemplo, desaconselha-se o peixe, por ser de fácil corrupção, e as "misturas estimulantes". E embora este aspecto não seja tão desenvolvido, apresenta-se o alimento como o principal esteio da saúde.

Mas esses documentos de 1798 vão além de uma análise do clima, da urbanização e da alimentação, situando também a imoralidade como causa de doença. Criticam, assim, a vida sedentária, debochada e a quietação extrema dos indivíduos; a opulência, que introduziu o luxo, e o luxo a depravação; a prostituição, "conseqüência indefectível do ócio e da riqueza adquirida sem trabalho e fomentada pelo exemplo familiar dos escravos", que "danifica a saúde" segundo Bernardino Antonio Gomes. E não só se apontam as causas morais, como também algumas soluções são propostas: por exemplo, evitar a vadiagem, conservando ocupados os indivíduos de ambos os sexos, e mesmo enviar para

o campo famílias que vivem em promiscuidade, isto é, que não têm condições econômicas de viver na cidade porque comem, moram, dormem e respiram pessimamente.

Vemos quanto é abrangente a problemática da doença. Quando se parte, como aqui, da questão de suas causas, chega-se a falar de urbanização, alimentação e moral. E a esta globalidade referente à etiologia corresponde uma análise médica, não de uma doença em particular, mas do próprio fenômeno da morbidade. Os pareceres de 1798 não estão a serviço de uma tomada de posição governamental em um caso esporádico ou isolado de doença, mas assinalam a tematização da morbidade e mortalidade da população do Rio de Janeiro através de um levantamento geral das causas patológicas encontradas na cidade. Inventário global da doença em sua generalidade, mas que ao mesmo tempo se limita às fronteiras da cidade e neste sentido é singular, individualizante, localizador, percorrendo e analisando o seu espaço, diagnosticando sua desorganização e sugerindo medidas de transformação.

Análise que, na época, não é exclusiva dos médicos, mas que se insere de maneira homogênea no tipo discursivo da administração portuguesa da segunda metade do século XVIII quando tematiza a ociosidade, o trabalho, a desordem social, a doença da população, etc., na perspectiva de criação e fortalecimento de segurança e conseqüente manutenção do Brasil como Colônia. E que decorre da posição assumida pelo centro do poder no que diz respeito à saúde, na medida em que é a autoridade do Vice-Rei que aciona, através da Câmara, o processo das consultas. É do próprio Estado que surge a extensão dos objetos de administração governamental à saúde encarada do ponto de vista de uma etiologia social. A novidade fundamental da consulta reside, portanto, no fato de que os fenômenos de população, que devem ser analisados pelo poder político na sua gestão

dos homens e das coisas, incluem a produção da saúde como um dos aspectos das atribuições de governo.

A questão da saúde e de suas condições não nasce dos médicos. E os médicos são consultados isoladamente, cada um respondendo em seu nome pessoal e em diferentes momentos. Não é a Junta do Proto-Medicato que é consultada, na medida em que sua função era limitada à fiscalização do exercício da medicina, cirurgia e farmácia. O que mostra como a consciência da doença como um problema social parte ainda de fora do poder constituído da medicina. Por outro lado as respostas dadas pelos médicos atribuem à Rainha ou ao Senado da Câmara o poder de intervir nas causas de doença. Marreiros pede providências, fala da necessidade de se admoestar os habitantes como também de "Polícia exata"; Gomes refere-se a melhoramentos ligados a ordens da Câmara; Medeiros afirma que na solução dos problemas da cidade ligados à saúde, o público tem forças superiores aos particulares e dirige-se à Rainha pedindo que ordene à Câmara a intimação do povo. É ao governo, sendo a Câmara o órgão diretamente responsável, que cabe tomar as providências necessárias. O que não significa uma exterioridade da medicina em relação à política, ou uma existência do saber médico desvinculado de qualquer relação de poder; mas um tipo específico de relação de poder, um modo determinado de existência da medicina em relação à sociedade e ao Estado.

Daí uma originalidade desta primeira relação entre saúde e suas causas sociais quando comparada à configuração própria que irá adquirir com a constituição da medicina social. E que diz fundamentalmente respeito à figura dos médicos. Porque aqui ainda impera um procedimento comum a todo o período colonial: o médico se restringe a um mero consultor dos poderes públicos, mesmo no que diz respeito à saúde. Procedimento da consulta em que o médico aparece como autoridade

que se limita a explicitar, a partir de uma competência que ele possui e lhe é reconhecida, o que de fora de suas fronteiras é apresentado como problema a ser equacionado do ponto de vista de seu saber.

Saber que, entretanto, não se impõe pela exclusividade. Sua função é mais a de legitimar, pela competência que é reconhecida à produção de sua verdade, o saber do poder institucionalmente centralizado, do que a de propor, de modo autônomo, original e próprio, a formulação de saber sobre a saúde da sociedade. Caráter, portanto, de passividade de um saber-resposta que é redundante e confere ao seu produtor o papel de garantia e confirmação. Em si mesmo o diagnóstico médico das condições naturais e sociais da cidade não assume a exigência normativa de especialidade transformadora da relação factual entre sociedade e saúde.

Como também não formula a pretenção de se impor — como se não fizesse parte de suas características essenciais — como instância específica de intervenção sobre a cidade, policiando a vida social. Os médicos sentem a existência de uma exterioridade entre suas funções propriamente terapêuticas e os encargos político-administrativos, no que se refere à saúde da sociedade como um todo. A medicina não parece ser vista — como acontecerá explicitamente com a medicina social do século XIX — como uma prática política específica, como um poder especializado que deve assumir a responsabilidade dos indivíduos e da população atuando sobre as condições naturais e sociais da cidade.

PARTE II

MELHOR PREVENIR QUE REMEDIAR

INTRODUÇÃO

Tornou-se um hábito situar como fundamental a oposição entre cura e prevenção, entre uma medicina individual e uma medicina social. Uma, representando o lado arcaico, tradicional da assistência médica até hoje dominante; a outra, a nova racionalidade emergente, produto da lucidez médica que assume o seu compromisso com o povo, que até hoje não tem podido se efetivar e permanece dominada. Oposição, portanto, entre indivíduo e sociedade, que não funciona, é claro, em termos absolutos ou exclusivos na medida em que a atenção médica em termos clínicos, individuais, não pode ser abolida. Mas que expressa uma subordinação, um comando, uma prioridade.

É importante, porém, não se deixar enganar. O que hoje é reivindicado como exigência de modernidade, de progresso, de radicalidade pode na verdade representar unicamente a atualização de um velho projeto elaborado no passado e constitutivo da configuração de poder contra a qual justamente se pretende lutar.

Daí a necessidade de uma investigação histórica sobre a medicina e suas relações com a estrutura social. Investigação que vem demonstrar que a medicina social não é uma exigência médica nascida na atualidade, fruto de uma posição de luta contra a situação da medicina em um país capitalista; como também não é uma característica fundamental da teoria e da prática médicas de todas as épocas. Foi em determinado momento de nossa história que nasceu um tipo específico de medicina que pode ser chamada de medicina social pela maneira como tematizou a questão da saúde da população e procurou intervir na sociedade de maneira global.

Quando se analisa a história, se nota claramente, a não ser que se permaneça em um nível de generalidade e imprecisão que não permite compreender as transformaçõs sociais, que não tem sentido dizer que toda medicina é social. Antes do século XIX não se encontra, seja nas instituições propriamente médicas, seja no aparelho de Estado, a relação explícita entre saúde e sociedade, que hoje chega a aparecer como óbvia e atemporal. Até esta época a totalidade da administração colonial não organiza a sociedade levando em consideração o planejamento de um combate às causas das doenças, procurando instaurar ou conservar um regime de saúde. A produção da saúde não faz parte de sua configuração histórica. Seu objetivo é, neste campo, fundamentalmente evitar a morte. A ausência da questão da saúde, tematizada positivamente como algo a ser cultivado, incentivado, organizado, faz com que toda idéia de prevenção esteja ausente do âmbito da medicina, que atua sempre de forma *a posteriori*, recuperadora. Essa atuação, como foi visto, está em harmonia com a ação do Estado que se realiza depois do aparecimento de alguma irregularidade, de uma infração às leis, característica que o situa como uma instância geral de fiscalização tanto no aspecto econômico quanto político.

O século XIX assinala para o Brasil o início de um processo de transformação política e econômica que atinge igualmente o âmbito da medicina, inaugurando duas de suas características, que não só têm vigorado até o presente, como têm-se intensificado cada vez mais: a penetração da medicina na sociedade, que incorpora o meio urbano como alvo da reflexão e da prática médicas, e a situação da medicina como apoio científico indispensável ao exercício de poder do Estado.

A transformação do objeto da medicina significa fundamentalmente um deslocamento da doença para a saúde. Não é mais a ação direta e lacunar sobre a doença como essência isolada e específica que move o projeto médico. O "médico político" deve dificultar ou impedir o aparecimento da doença, lutando, ao nível de suas causas, contra tudo o que na sociedade pode interferir no bem-estar físico e moral. A inserção do indivíduo no social, a necessidade de conhecer o meio e agir para proteger o indivíduo de um perigo ao mesmo tempo médico e político não significa porém que a medicina sai do seu campo próprio de ação. Se a sociedade, por sua desorganização e mal funcionamento, é causa de doença, a medicina deve refletir e atuar sobre seus componentes naturais, urbanísticos e institucionais visando a neutralizar todo perigo possível. Nasce o controle das virtualidades; nasce a periculosidade e com ela a prevenção.

O médico torna-se cientista social integrando à sua lógica a estatística, a geografia, a demografia, a topografia, a história; torna-se planejador urbano: as grandes transformações da cidade estiveram a partir de então ligadas à questão da saúde; torna-se, enfim, analista de instituições: transforma o hospital — antes órgão de assistência aos pobres — em "máquina de curar"; cria o hospício como enclausuramento disciplinar do louco tornado doente mental; inaugura o espaço da clínica, condenando formas alternativas de cura; oferece um

modelo de transformação à prisão e de formação à escola.

O que se tem chamado de *medicalização da sociedade* — processo que na atualidade cada vez mais se intensifica — é o reconhecimento de que a partir do século XIX a medicina em tudo intervém e começa a não mais ter fronteiras; é a compreensão de que o perigo urbano não pode ser destruído unicamente pela promulgação de leis ou por uma ação lacunar, fragmentária, de repressão aos abusos, mas exige a criação de uma nova tecnologia de poder capaz de controlar os indivíduos e as populações tornando-os produtivos ao mesmo tempo que inofensivos; é a descoberta de que, com o objetivo de realizar uma sociedade sadia, a medicina social esteve, desde a sua constituição, ligada ao projeto de transformação do desviante — sejam quais forem as especificidades que ele apresente — em um ser normalizado; é a certeza de que a medicina não pode desempenhar esta função política sem instituir a figura normalizada do médico, através sobretudo da criação de faculdades, e produzir a personagem desviante do charlatão para a qual exigirá a repressão do Estado. As técnicas de normalização — que instituem e impõem exigências da ordem social como critérios de normalidade, considerando anormal toda realidade hostil ou diferente — aonde foram refletidas e aplicadas pela primeira vez no Brasil senão na medicina do século XIX que se auto-definiu como uma medicina política? Medicina que medicalizou a sociedade mesmo que até hoje não tenha conseguido medicá-la.

A produção de um novo tipo de indivíduo e de população necessário à existência da sociedade capitalista, antes mesmo do aparecimento de grandes transformações industriais, está, portanto, intrinsecamente ligada ao novo tipo de medicina que pela primeira vez equaciona uma relação de causalidade entre os termos saúde e sociedade.

Medicina que também coloca de maneira nova sua relação com o Estado. Não houve durante o período colonial uma dicotomia ou uma relação de exterioridade entre medicina e Estado, como se ela penetrasse nos poros onde não vigorasse a ação do aparelho político central, como se poderes heterogêneos se tocassem pelos limites de suas fronteiras. A Fisicatura, como vimos, era um órgão do Estado que expressava no campo da medicina as características básicas da política portuguesa. Dois limites, entretanto, a marcavam. Por um lado, não exercia nenhum poder além das magras fronteiras da fiscalização da prática médica. Por outro lado, não exercia nenhuma função terapêutica, normalizadora. Como tribunal que julgava e punia os infratores, sua função era mais jurídica do que médica.

Com a medicina social a relação com o Estado se dá em outros termos. Tendo a saúde como fio condutor da análise da sociedade, a medicina que se impôs desde o século XIX — esquadrinhando o espaço urbano, inventariando o positivo e o negativo, as potencialidades e os recursos e propondo um programa normalizador do indivíduo e da população — penetra em tudo e inclusive no aparelho de Estado. Relação que não é de justaposição ou de apropriação, mas de imanência. Não é a racionalidade científica e politicamente neutra da medicina que é requisitada pelo Estado e utilizada em uma perspectiva ideológica que a adulteraria ou a descaracterizaria. Como também não é um Estado que existiria em continuidade desde os primeiros séculos de nossa história que agora incorpora um instrumento até então heterogêneo a seu modo de ação.

A medicina social, com seu novo tipo de racionalidade, é parte integrante de um novo tipo de Estado. Novos termos, novo tipo de relação. Quando o Estado se propõe a assumir a organização positiva dos habitantes produzindo suas condições de vida, quando estabelece a possibilidade de um controle político individual

ou coletivo que se exerça de forma contínua, a medicina nele está presente como condição de possibilidade de uma normalização da sociedade no que diz respeito à saúde, que não é uma questão isolada, um aspecto restrito, mas implica em uma consideração global do social.

Não uma neutralidade científica, mas sim uma política científica porque formulada por especialistas que pertencem ao aparelho do Estado. As estruturas centrais de poder não podem dispensar sua instrumentalização com saberes regionais, especializados, como o da medicina, para que o próprio exercício do poder político se torne viável. O saber médico já nasce orientado, de seu próprio interior, por esta posição de intervenção política, que não significa, portanto, uma extrapolação de seu conteúdo ou de suas pretensões. A existência de um Estado epistemológico — que não pode dispensar os procedimentos de produção de verdade sobre si mesmo e a sociedade — é uma característica constitutiva do projeto de medicina social.

Imanência e homogeneidade que concretamente se realizam em termos de luta. Observando uma inadequação entre seu projeto e o modo de ação dos aparelhos do Estado, os médicos impõem sua racionalidade através de táticas variadas, como as de assessoria, de crítica e de penetração tanto nos órgãos do Estado quanto nas instituições da sociedade civil.

Trabalhosa conquista de terreno que, ao encontrar resistências, as transcreve de diferentes formas: cegueira dos políticos, má fé dos charlatães, ignorância do povo. Redefinição dos adversários: solicitar, manipular e prever resistências. A medicina, ao estabelecer novas relações de poder, deve operar, lógica e historicamente, ao longo de uma série de modalidades de confronto com o governo, a população e o indivíduo.

CAPÍTULO 1

A ESTRATÉGIA DE UM SABER

Sob a mira da polícia médica

A transferência da corte portuguesa para o Brasil, em 1808, desencadeia transformações que serão importantes para a relação entre Estado, sociedade e medicina. O poder central, ao instalar-se, atribui a si próprio determinadas funções: garantir o enriquecimento, a defesa e a saúde do "povo" da nova terra. Funções que estão articuladas a mudanças que atingem tanto a presença do Brasil no mundo quanto sua realidade interna.

A partir deste momento, com a abertura dos portos, a nova sede do governo — em 1815 elevada a Reino

Unido de Portugal e Algarves — passa a fazer parte das rotas comerciais inglesas. Por seus portos circulam inúmeros navios e mercadorias; a vinculação direta com a Inglaterra é firmada nos tratados de "Aliança e Amizade" e de "Comércio e Navegação"; o Brasil percorre uma nova etapa de sua inserção nas transformações do mundo capitalista. Mas a circulação, ligada à abertura para este mundo, não se restringe aos navios e mercadorias. Chegam comerciantes estrangeiros que aqui se instalam ou vêm fazer negócio; chegam imigrantes europeus, trazidos pela administração joanina para criarem núcleos coloniais pelo Brasil. Circulação de navios, mercadorais e pessoas que marca a nova presença do Brasil no mundo ocidental.

Ao lado desta modificação, há transformações que se voltam para o interior: além da instalação de instituições existentes em Portugal, D. João cria novas instituições que procuram fazer do território brasileiro e de sua população objetos de conhecimento e intervenção, além de se constituírem como focos de difusão de saber — por exemplo, a Academia Real Militar, o Curso de agricultura, cadeira de economia, Biblioteca Real, Museu Real, Jardim Botânico, etc.

Os documentos — cartas e ordens régias, decretos, decisões — que permitem retratar este movimento de criação de novas instituições, enunciam uma nova verdade: o conhecimento da Colônia é colocado como fundamento necessário para uma intervenção voltada para o aumento da produção, para a defesa da terra, para a saúde da população. A necessidade e o estabelecimento destas instituições articulam-se com o engrandecimento da Colônia.

Através do conhecimento dos produtos, climas, terras e métodos de produzir podem se estabelecer diretrizes para uma intervenção precisa, paralela à elaboração de um saber específico no sentido de tornar realidade a opulência e a prosperidade da Colônia. O Brasil

torna-se local que "encerra milhões de objetos dignos de observação e exame", [149] passíveis de serem empregados em benefício do comércio, indústria e artes. Conhecer e transformar: objetivos que passam a orientar a criação de instituições.

A carta régia de 25 de junho de 1812 [150], que determina a criação do Curso de agricultura na Bahia, é significativa no sentido de mostrar como a terra colonial é ou deve ser esquadrinhada, palmilhada, descoberta, constituída como objeto de um saber formado a partir da observação. O Rei, colocando como "principal objeto de meus vigilantes cuidados elevar ao maior grau da opulência e prosperidade pela sua extensão, fertilidade e vantajosa posição os meus vastos Estados do Brasil", atesta não só o desconhecimento que envolve certos produtos, como a adoção de práticas alheias aos "bons princípios agronômicos". Para modificar esta situação, é criado o Curso de agricultura, a funcionar como local de difusão e produção de saber sobre o território colonial. Exemplo deste processo são as atribuições conferidas ao professor. Findo o ano letivo, ele deve viajar pela capitania para "observar o estado da lavoura"; "conferenciar com os lavradores de melhor inteligência e habilidade, buscando desarraigá-los de abusos e má rotina, substituindo-lhes os bons e proveitosos conhecimentos agronômicos, ensinando-lhes o uso e o meneio de instrumentos e máquinas tendentes a economizar e melhorar o seu trabalho e aumentar o seu produto"; "indicar-lhes, segundo a natureza e localidade do terreno, o gênero de plantação mais apropriada e interessante". Depois de feita esta viagem, que de certa forma é um curso itinerante, disseminado no espaço, o professor deve escrever sobre o aprendido e indicar

149 Decreto de 6 de junho le 1818, pelo qual D. João funda o Museu Real, *in* Primitivo Moacyr, *A Instrução e o Império*, p. 68.

150 Cf. Primitivo Moacyr, *op. cit.*, p. 52-57.

melhoramentos. Informações que, através do inspetor do Curso, devem chegar ao Rei.

Este Curso deve ser tomado como exemplo de um objetivo comum às novas instituições: a transformação da Colônia. O Brasil passa a ser a terra desconhecida que deve ser conhecida, terra de segredos a serem desvendados, de verdades a serem produzidas. Nova época que marca um "descobrimento", do qual as inúmeras expedições científicas que se sucedem também são um exemplo: Luccock, Maria Graham, Mawe, Saint-Hilaire, Maximiliano von Wied-Newied, Spix, Martius, von Eschwege são alguns nomes ligados ao esquadrinhamento do território desconhecido.

Dentro deste quadro inserem-se modificações importantes no âmbito da medicina, que alargarão os limites de sua ação e presença na sociedade. Trata-se da criação da Provedoria de Saúde e do ensino cirúrgico no Brasil.

Em 1808, D. João, recém-chegado, consulta o recém-nomeado Físico-mor Manoel Vieira da Silva pedindo a opinião dos médicos sobre as causas das doenças e o meio de removê-las. Diretamente pelo soberano, sem o intermédio da Câmara, quem agora é consultada é a corporação dos médicos; não mais os médicos notáveis, como em 1798, mas o próprio poder médico, a Fisicatura, órgão que substitui naquele ano a Junta do Proto-Medicato.

A consulta feita pelo Príncipe Regente ao Físico-mor modifica bastante as atribuições da Fisicatura, pela incorporação nela da higiene pública, que antes não figurava sob seu controle. A análise do documento do Físico-mor permitirá compreender esta transformação [151].

[151] Manoel Vieira da Silva, *Reflexões sobre alguns dos meios propostos por mais conducentes para melhorar o clima da cidade do Rio de Janeiro, in* Plácido Barbosa e Cássio Rezende, *Os Serviços de Saúde Pública no Brasil, especialmente na cidade do Rio de Janeiro de 1808 a 1907*, p. 507-517.

A resposta de Manoel Vieira da Silva é do mesmo teor dos pareceres de 1798. Novamente o que se esboça é a idéia de uma polícia sanitária da cidade, agora enunciada muito mais claramente. Os objetos a que ela deve se dirigir são indicados de modo mais preciso, isolados com mais nitidez como causas de doença. A distinção entre causas naturais e não-naturais permanece. O ar continua sendo o principal causador de doença quando suas qualidades se deterioram devido à ação de outras causas. O que caracteriza este documento é justamente a importância que dá a essas causas mediatas.

Não é o clima próprio da cidade e o morro do Castelo que isoladamente são obstáculos à saúde pública. O clima e a natureza próprias do Rio devem ser relacionados a outras grandes causas que "sendo obra dos homens, podem receber a sua extinção da mão dos homens".

Algumas causas se referem, portanto, à contaminação do ar. Entre essas, as águas estagnadas: nos pântanos estão em dissolução substâncias animais e vegetais que entram em putrefação dando origem a gases pestilentos. Daí ser necessário todo um trabalho de urbanização. Deve-se aterrar os pântanos, encanar as águas, demarcar ruas e lugares de construção.

Também as sepulturas das igrejas e o cemitério da Santa Casa de Misericórdia, onde os corpos amontoados estão quase a descoberto, infeccionam o ar da cidade. Aconselha-se o estabelecimento de cemitérios fora da cidade, a criação de sepulturas para um, dois ou no máximo três corpos e a observação do tempo de extinção dos cadáveres para que não sejam revolvidas carnes em putrefação.

Um outro tipo de causa se liga à alimentação. Deve-se combater, neste caso, o mal estado das carnes, peixes, farinha, vinhos, vinagres e azeites. Surge então a necessidade de controlar o comércio, os matadouros,

os açougues e criar um curral para o gado que vem ser abatido na cidade.

Outra causa de doença se liga à circulação de pessoas e mercadorias através do porto. Para evitá-la propõe-se a criação de um lazareto para quarentena dos escravos portadores de moléstias epidêmicas e cutâneas.

Uma última causa se deve ao exercício da medicina. Enterra-se sem atestado de óbito, faltam bons medicamentos, há liberdade para o exercício da medicina, cirurgia e farmácia. É, inclusive, bastante importante a liberdade de exercício da profissão figurar entre as outras causas de doença para que se constitua a noção de medicina social. Efetivamente, esta só pode agir sobre a sociedade e controlar a saúde pública se for capaz de circunscrever o exercício da medicina a pessoas que tenham a mesma formação e uma visão unitária e coordenada da problemática da saúde. Controle sanitário da sociedade e controle interno da medicina são duas faces de uma mesma moeda.

O texto de Manoel Vieira da Silva termina sugerindo que o soberano confira autoridade a "homens sábios, de probidade conhecida, amantes do bem público" para realizar as medidas de polícia sanitária indicadas. E, sem dúvida, o apelo é atendido na forma possívelmente auto-referente em que era formulado: em 1809 é criado o cargo de Provedor-mor de Saúde da Costa e Estados do Brasil, a ser ocupado pelo próprio Físico-mor.

Esta é uma data importante por assinalar o momento em que uma instância propriamente médica assume o controle das medidas de higiene pública. O decreto do Príncipe Regente considera que a preservação da saúde pública é "muito própria de pessoas versadas na ciência da medicina por terem toda a inteligência daquela parte que tem por objeto a conservação da saúde e os conhecimentos necessários para dar providências adaptadas aos casos que ocorrerem nesta matéria de tanta importância..." [152]. Um ano depois é elaborado pelo Provedor um regimento que, além de organizar as idéias já expressas em 1808, materializa o novo tipo de prática — política e médica — que diz respeito à sociedade. Nele aparece com clareza que é atribuição da Provedoria realizar uma política médica através do projeto de instituir a quarentena dos navios em um lazareto, das disposições de saneamento da cidade, do controle dos alimentos, pastagens, matadouros e açougues públicos e, finalmente, através do controle do exercício da profissão que, como dissemos, já era atribuição do Físico-mor.

Realizar uma polícia médica, como forma de neutralizar os focos de doença, não é idéia originária de Portugal. De uso difundido na Europa dos séculos XVIII e XIX, foi pela primeira vez formulada na Alemanha. Para clarificar o que é polícia médica, torna-se necessário situá-la no interior de um conceito mais fundamental, por ser mais abrangente, por ser o solo a partir do qual foi elaborada: o conceito de polícia [153].

No final do século XVII e principalmente no XVIII, nos quadros do Estado absoluto e mercantilista alemão, a polícia adquire extrema importância: legitimada pela existência de uma relação específica entre sociedade e Estado em que a primeira, através do contrato social, abdicou da liberdade pela segurança e defesa fornecidas pelo segundo, define-se como sistema de conhecimento e práticas administrativas que organizam a sociedade através de uma perfeita alocação de recursos humanos e materiais. Da polícia passa a depender o poder e a riqueza do Estado.

---

152 Decreto de 28 de julho de 1809, citado por Plácido Barbosa e Cássio Rezende, *op. cit.*, p. 6.

153 Cf. George Rosen, *From medical police to social medicine*, New York, 1974; e Michel Foucault, *Naissance de la clinique*, Paris, 1972.

Valorizada econômica, política e militarmente, a população constitui-se então como objeto privilegiado da polícia: para que possam sustentar e serem utilizados pelo Estado, os habitantes da nação devem não só ser conhecidos em sua verdade cotidiana mas transformados em súditos saudáveis. Formula-se então um projeto de conhecimento e intervenção que se caracteriza por:

a — organização de estatísticas referentes ao número de habitantes, distribuição de acordo com idade e sexo, número de mulheres em estado de procriação, causas de morte, relação entre nascimento e morte, etc.;

b — controle dos indivíduos: combate ao vício por diminuir a fecundidade e desencorajar o casamento, estabelecimento de medidas para impedir o casamento dos portadores de doenças hereditárias e dos incapazes para procriação;

c — ação sobre a cidade: limpeza, inspeção de alimentos, exame das águas;

d — ação para evitar epidemias;

e — regulamentação, supervisão e manutenção de parteiras, boticários, cirurgiões e físicos;

f — criação de uma autoridade médica ligada a um organismo central de administração e encarregada de supervisionar todos os assuntos referentes à saúde pública.

A partir da constituição da população como objeto da polícia, o conceito mais específico de polícia médica é construído. Em 1764, Wolfgang Thomas Rau defende a idéia de que todo monarca precisa de súditos saudáveis que possam cumprir suas obrigações na paz e na guerra e de que, para tal, deve haver uma polícia médica, alargando a função do médico na sociedade: ele não deve só tratar dos doentes, mas também supervisionar a saúde da população.

Esta primeira formulação é rapidamente difundida e aperfeiçoada no meio médico. E a polícia médica passa a ser definida como o conjunto de teorias, políticas e práticas que se aplicam à saúde e bem-estar da população, dizendo respeito a: procriação, bem-estar da mãe e da criança, prevenção de acidentes, controle e prevenção de epidemias, organização de estatísticas, esclarecimento do povo em termos de saúde, garantia de cuidados médicos, organização da profissão médica, combate ao charlatanismo. A população torna-se objeto do conhecimento e da prática de uma medicina ligada à administração central.

É na obra de Johann Peter Frank, publicada de 1779 a 1817, que o conceito de polícia médica aparece sistematizado com maior precisão. Pode-se ver então que a sociedade como um todo se torna passível de regulamentação médica, que a saúde passa a ser problema social. Daí a necessidade de autoridades constituídas para agir no sentido de preservá-la: a polícia médica expressa a nova relação que se estabelece entre medicina e Estado.

Assim como na Alemanha, em outros países a idéia de polícia médica também é desenvolvida. Na França, adquire importância não só a polícia no sentido mais abrangente — como forma de exercício de poder que constrói e conhece seu objeto, modificando-o em função de determinados fins; como prática que diz respeito a medidas de regulamentação da economia, da ordem e da higiene — como a própria idéia de polícia aplicada à medicina. Relacionada ao problema das epidemias — que no final do século XVIII transformam-se em objeto a ser conhecido em sua singularidade espacial e temporal, exigindo uma observação dotada de multiplicidade de olhares que constantemente retificam as informações — a polícia aparece como a forma adequada de intervenção. Trata-se de: vigiar a localização de cemitérios e minas; conseguir a incineração dos ca-

dáveres; controlar o comércio do pão, do vinho, da carne; regulamentar os matadouros; proibir alojamentos insalubres; estabelecer e difundir, após estudo de todo o território em questão, um regulamento de saúde referente à alimentação, vestuário, prevenção das doenças e cura das que existem; criar corpo de inspetores de saúde a serem distribuídos pelas diferentes províncias, que realizaria observações, determinaria medidas a serem tomadas, controlaria o trabalho do médico.

A necessidade de uma polícia e especificamente de uma polícia médica se coloca no Brasil a partir da chegada de D. João. Em 5 de abril de 1808, é criada a Intendência Geral de Polícia, com o encargo de ocupar-se da realização de um governo civil na Corte. Suas atribuições, como se pode concluir do relatório de prestação de serviços do desembargador do Paço [154], refletem a preocupação com o conhecimento, aumento e melhoria da população urbana. Na formulação destas atribuições vemos que a ação da Intendência percorre, de maneira mais ampla e positiva do que o fizera até então a Câmara Municipal, a organização da cidade. Além disto, ela se organiza internamente em corpos de guarda sediados em quartéis estrategicamente situados para a realização de seus objetivos. E, em certo sentido, amplia a sua ação para além dos limites urbanos, seja através da correspondência com as províncias, seja pelo registro controlador dos estrangeiros chegados à Corte.

Na realização desta idéia de polícia, a preocupação com a subsistência da cidade manifesta-se pela edificação e melhoramento de estradas, pela construção de pontes e execução de medidas "para facilitar a condução de víveres e promover a abundância da Corte" [155].

[154] Paulo Fernandes Viana, *Abreviada demonstração dos trabalhos de polícia em todo o tempo que a serviu o desembargador do Paço, in Revista do Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro*, volume IV, parte I, p. 373 a 380.
[155] *ibidem*, p. 376.

A esta temática articula-se o zelo pela saúde da população: faz parte dos encargos da guarda real o aterro de pântanos, o calçamento de ruas e o encanamento das águas, providências de grande utilidade para o "trânsito" e a "saúde pública" [156]. A polícia objetiva mais especificamente agir sobre a população livre através da promoção de seu aumento. O relatório do desembargador informa que "por minhas instâncias, projetei e consegui que das ilhas dos Açores se transportassem casais de ilhéus que viessem aumentar a população branca deste país; e vieram, com efeito, muitos à custa das rendas da Intendência (...), a todos se deram casas, terrenos, ferramentas, carros e bois (...), se erigiu com estes casais a linda povoação de Viana, com casas de telhas para cada um, igreja e capelão curado, (...) com côngrua e cirurgião de ordenado pago pela mesma Intendência" [157].

Além disso, a Intendência tenta melhorar os costumes da população combatendo a ociosidade, responsável pelos "vícios que sempre acarretam grandes males à sociedade". Para isto, a polícia fornece trabalho para os artífices e jornaleiros, através de "pequenas obras" que os mantêm ocupados e garantem sua subsistência: "não tive descuidos nem omissões", diz o relatório, "em manter (...) a polícia superior de entreter (...) a classe necessitada em contínuos trabalhos úteis, com que seguravam sua subsistência, o que também faz objeto de boa polícia" [158]. Vemos na realização destas medidas a concretização de um governo policial que conhece e ordena a população e cujo poder se estende até a competência propriamente jurídica sobre os infratores da ordem que promove.

[156] *ibidem*, p. 374.
[157] *ibidem*, p. 378.
[158] *ibidem*, p. 379.

Neste sentido, Intendência de Polícia e Provedoria de Saúde são poderes que se recobrem e se complementam em suas funções. O paralelismo existente entre ambas se expressa de maneira clara na criação, em 1810, do Instituto Vacínico, do qual fazem parte o Intendente de Polícia e o Físico-mor.

A Provedoria de Saúde, portanto, faz parte de uma estratégia específica do poder central relativa à população. Não só está no interior do governo policial, como ela própria exerce uma polícia. Sua existência representa uma novidade no que diz respeito à higiene pública. Se há continuidade temática com as primeiras discussões sobre o problema no final do século XVIII, há também uma mudança fundamental: existe agora um órgão encarregado de exercer a polícia médica, com atribuições precisas e explicitação dos locais passíveis de intervenção. Neste momento, a Fisicatura, órgão que substitui a Junta do Proto-Medicato mas que lhe é homogêneo, amplia consideravelmente suas funções, inaugurando uma nova etapa em sua existência. O controle da profissão, que era seu objetivo, está agora integrado à expansão da medicina na sociedade e será pouco a pouco aperfeiçoado neste sentido, através da criação das Escolas de medicina.

Até esta época não houve no Brasil ensino universitário, o que obrigava quem pretendesse exercer uma profissão universitária, durante todo o período colonial, a ir estudar no exterior, sobretudo em Coimbra. A proibição de ensino superior era um ponto básico da política de Portugal com relação ao Brasil colonial.

Um exemplo desta posição centralizadora que tinha por objetivo perpetuar a dominação portuguesa é a resposta do Conselho Ultramarino às Câmaras Municipais de Minas Gerais que haviam proposto a criação de uma Faculdade de Medicina que elas mesmas financiariam. O documento argumenta "que poderia ser

questão política, se convinham essas aulas de arte e ciências em colônias (...), que podia relaxar a dependência que as colônias deviam ter do Reino; que um dos mais fortes vínculos que sustentava a dependência das nossas colônias era a necessidade de vir estudar em Portugal; que este vínculo não se devia relaxar (...) que o precedente poderia talvez, com alguma conjuntura para o futuro, facilitar o estabelecimento de alguma aula de jurisprudência (...) até chegar ao ponto de cortar esse vínculo de dependência" [159].

A instalação da corte portuguesa no Brasil, em 1808, modifica esta situação. A criação do ensino cirúrgico é agora colocada como útil ao "restabelecimento da saúde do povo", "um dos principais objetos do meu real e paternal desvelo", sendo portanto necessário "promover a cultura e progresso de tão importantes estudos" [160]. A saúde torna-se objeto do poder central.

Até o século XIX, o número de médicos diplomados é mínimo. Em nenhum momento chega a dez, durante os séculos XVII e XVIII. A atuação de curadores, jesuítas, pagés é ampla, escapando quase que totalmente ao controle da Fisicatura. Esta, por outro lado, possibilita a legalização da situação de elementos não formados: habilita os chamados "cirurgiões práticos", que tenham servido por alguns anos no hospital da Santa Casa da Misericórdia ou acompanhado algum médico, através de uma carta ou atestado, caso sejam aprovados em exames prestados ao Físico ou Cirurgião mores. Licença dos práticos ou empíricos que continua a ser concedida mesmo depois da criação do ensino cirúrgico no Brasil.

---

159 Citado *in História Geral da Civilização Brasileira*, "Brasil Monárquico", tomo II, volume 3º, p. 361.

160 Decreto de 29 de dezembro de 1812, pelo qual se cria o Curso de cirurgia na Bahia; *in* Primitivo Moacyr, *A instrução e o Império*, p. 43.

O Príncipe Regente instala e pouco a pouco amplia o ensino cirúrgico no Brasil. Seu objetivo é claro: melhorar a qualidade da atividade do cirurgião, assegurando a qualidade do aprendizado.

Em 1808, na Bahia, é criada uma Escola de Cirurgia, atendendo à proposta de José Correia Picanço, Cirurgião-mor do Reino e do Conselho do Príncipe. Nesta Escola, que deveria funcionar no Hospital Militar, constam como matérias a cirurgia, a anatomia, a arte obstetrícia, constituindo um curso de quatro anos.

Em 1808, no Rio, é criada uma cadeira de anatomia no Hospital Militar, seguida pela de medicina operatória e pelo curso de partos, em 25 de janeiro de 1809.

1809, Rio: D. João cria uma cadeira de medicina clínica teórica a ser ministrada no Hospital Militar e da Marinha. Segundo o Príncipe Regente, há necessidade de formar cirurgiões com princípios de medicina que tenham possibilidade de tratar mais convenientemente dos doentes a "bordo das naus, e povos daqueles lugares em que hajam de residir nas distantes povoações do vasto continente do Brasil" [161]. Constam do plano desta cadeira: princípios elementares da matéria médica e farmacêutica, polícia médica, higiene geral e particular, terapêutica.

1809, Bahia: D. João determina que João Pereira de Miranda, nomeado Cirurgião-mor agregado do 1º regimento de linha da Bahia, seja empregado na "instrução facultativa teórica e prática" dos cirurgiões ajudantes dos regimentos dessa guarnição, estabelecendo-se para tanto a "verdadeira e conveniente Escola de Medicina e Cirurgia no Hospital Militar dessa cidade". Segundo D. João, os cirurgiões "talvez se achem exercendo as funções destes postos sem a devida inteligência" [162].

[161] Decreto de 12 de abril de 1809, *in* Primitivo Moacyr, *op. cit.*, p. 37.

1810, Rio: uma ordem régia estabelece que três estudantes da Escola de Cirurgia do Rio sejam escolhidos para estudar em Edimburgo a fim de ficarem a par dos conhecimentos europeus e poderem posteriormente ensinar e dirigir as Escolas de Cirurgia do Brasil. Segundo o Príncipe Regente, todo objeto que "concorrer para a felicidade e comodidade pública" deve merecer "toda a sua atenção e os seus mais poderosos esforços para conseguir sua realização" [163].

Em 1813, no Rio, em 1815, na Bahia, é criado o Curso de Cirurgia, de acordo com um plano elaborado por Manoel Luiz Álvares de Carvalho — nomeado em 12 de agosto de 1812 diretor dos estudos médicos e cirúrgicos da Corte e do Estado do Brasil, com as honras de Físico-mor do Reino e conselheiro da Real Câmara.

D. João, no Rio, determina a instalação imediata do curso, "que se propõe estabelecer neste Estado do Brasil com os estudos completos de filosofia para colher os preciosos frutos de tão úteis e necessárias disciplinas em vantagem comum dos seus fiéis vassalos" [164].

É determinada a construção de uma casa no Hospital da Misericórdia para as aulas do curso, que devem ser dadas, antes da mudança, no Hospital Militar.

O Curso da Bahia e justificado nos seguintes termos: "Sendo-me presente o quanto são limitados os princípios de cirurgia que se adquirem pelas lições das matérias próprias das duas cadeiras estabelecidas nesta cidade, para que deles se possam tirar hábeis e consu-

[162] Decreto de 22 de setembro de 1809, *in* P. Moacyr, *op. cit.*, p. 36.
[163] Ordem régia de 5 de dezembro de 1810, *in* P. Moacyr, *op. cit.*, p. 38.
[164] Decisão de 18 de março de 1813, *in* P. Moacyr, *op. cit.*, p. 42-43.

mados professores, que pelos seus conhecimentos teóricos e práticos mereçam conceito público, e se empreguem utilmente ao restabelecimento da saúde do povo, que não pode deixar de fazer um dos principais objetos do meu real e paternal desvelo, para promover a cultura e progresso de tão importantes estudos: hei por bem criar um Curso completo nesta cidade à semelhança do que se há estabelecido por decreto de 1º de abril de 1813 nesta capital (...), cujas lições se darão no hospital da Santa Casa da Misericórdia para concorrerem aí para as experiências e operações de enfermos e cadáveres de ambos os sexos e de todas as idades (...)" [165].

A duração do Curso de Cirurgia é de cinco anos; depois de prestado o exame do quinto ano, o aluno recebe uma carta de cirurgião. Repetindo o quarto e quinto anos e fazendo exame com distinção, pode obter o título de cirurgião formado, título que tem uma série de prerrogativas como: seus portadores serão preferidos em todos os partidos; poderão curar todas as enfermidades onde não houver médico; "enriquecendo-se em princípio e prática, a ponto de fazerem os exames que aos médicos se determinam, podem chegar a ter faculdade e o grau de doutor em medicina" [166].

Os documentos que mostram a progressiva instalação do ensino cirúrgico, ao qual se adiciona o ensino de princípios de medicina, não mostram, entretanto, a resistência, a luta que convive com sua instalação. Resistência que aparece, por exemplo, em dois momentos: em 1812, o médico português Vicente Navarro de Andrade elabora um plano de organização de uma escola médico-cirúrgica que prevê cursos de medicina, farmácia e cirurgia, permitindo, portanto, a formação de médicos, cirurgiões e boticários através de cursos específicos. Ao maior número de matérias, em relação ao plano aprovado do Curso de Cirurgia elaborado em 1913 por Manoel de Carvalho, corresponde um controle sobre o processo de aprendizado mais detalhado — matrícula, frequência, sabatinas semanais, dissertação, exames, prêmios — e gradual por serem estes estudos de muita "dificuldade e importância" [167].

O plano de Navarro de Andrade, entretanto, é rejeitado; pouco depois, o plano citado de Manoel de Carvalho, restrito ao Curso de Cirurgia, é aceito. Sua rejeição tem o mesmo significado da tentativa dos médicos portugueses, que para isso contaram com o apoio do Cirurgião-mor, de impedir que os alunos do Curso de cirurgia cursassem novamente os dois últimos anos, o que daria a estes alunos a certidão de cirurgião formado com todas as prerrogativas mencionadas, dentre as quais a possibilidade de vir a obter o título de médico.

Até a criação das Escolas ou Faculdades de Medicina, em 1832, uma série de projetos de lei é proposta à Comissão de Instrução Pública organizada na Assembléia geral, instalada após a Independência. Projetos que retratam um período de luta pela instalação de um ensino médico capaz de conferir diplomas no fim do curso sem a necessidade de outros exames perante outras instâncias, como a Fisicatura, que controlava a concessão de títulos e podia restringir o número de cirurgiões ou impedir que lhe fossem concedidos direitos e atribuições de médico, como era possível desde 1813.

Em 1826, a Comissão de Instrução Pública vê-se frente ao caso de impugnação de cartas de cirurgião, realizada pelo Cirurgião-mor do Império. O projeto de lei determina que todo estudante que nas Escolas de

165 Decreto de 29 de dezembro de 1815, *in* P. Moacyr *op. cit.*, p. 44.
166 *ibidem*, p. 46.
167 Plano de organização Navarro de Andrade, *in* P. Moacyr, *op. cit.*, p. 39.

Cirurgia do Rio e da Bahia tiver concluído o curso de cinco ou seis anos receberá cartas de cirurgião, conforme os estatutos da Escola. As cartas deverão ser concedidas pelo diretor ou pelos lentes que o substituírem, subscritas pelos lentes de prática médica e cirurgia e pelo secretário da escola. Os que houverem conseguido suas cartas através das escola não ficarão sujeitos a nenhum exame.

Este projeto de lei, portanto, atribui à Escola o direito de conferir cartas, que comprovam o saber do estudante. Determinação mais condizente com o controle no interior das escolas de cirurgia através da frequência, dos exames, da vigilância a respeito do aproveitamento individual[168].

Em 1827, o deputado Ferreira França, da Bahia, elabora um projeto de lei sobre a criação de um curso de ciências médicas que conferiria o grau de doutor em medicina. Ainda em 1827, novo projeto relativo à organização do ensino médico: Lino Coutinho, professor da Escola Médico-Cirúrgica da Bahia, sugere a substituição das Escolas existentes por Escolas de Medicina, que possibilitariam a formação e graduação nos três ramos da arte de curar, farmácia, cirurgia, medicina. Em 1828, um projeto do deputado Paulo Araújo também propõe a criação das Escolas de medicina, extinguindo-se a de cirurgia. Em 1832, finalmente são criadas as Faculdades de medicina do Rio e da Bahia.

Se os primeiros anos do século XIX assinalam o momento em que, pela primeira vez, se articulam ensino médico e higiene pública — dois aspectos que, a partir de então, estarão sempre relacionados — ainda não existe um projeto coerente e organizado de medicina social, mas práticas médicas heterogêneas em sua essência, que se misturam e, mais fundamentalmente,

168 Cf., por exemplo, o decreto do Príncipe Regente de 22 de setembro de 1809; *in* P. Moacyr *op. cit.*, p. 36.

se confrontam neste período de transformações. Ao mesmo tempo em que se formula — sobretudo em 1809, com a criação da Provedoria de Saúde — um plano de polícia médica, com o controle simultâneo da saúde pública e do exercício da profissão (que aparece então explicitamente como causa de morbidade e mortalidade), a Fisicatura é incapaz de comandar a realização desta característica básica da medicina social.

Do ponto de vista do exercício da profissão esta heterogeneidade aponta claramente os limites da Fisicatura. Se esteve na origem da criação dos cursos de cirurgia, dela também partiu a tentativa de minimizar sua expressão e diminuir sua extensão. Bloqueio ao ensino médico, luta pela conservação do poder de conferir os diplomas, controle do charlatanismo limitado a uma regularização de tipo legal que o equiparara ao "cirurgião aprovado". Tudo isso evidencia uma oposição entre a estrutura jurídico-burocrático da Fisicatura e uma instituição que tem o objetivo de transformar pedagogicamente os indivíduos para que, através da aquisição gradual e comprovada de um saber padronizado, sejam capazes de desempenhar na sociedade o poder exclusivo sobre a saúde.

A progressiva afirmação do ensino médico no Brasil acentua essa heterogeneidade, explicando porque a Fisicatura foi caracterizada como insuficiente, hesitante e pouco radical. O ano de 1826 — momento em que o ensino médico ganha autonomia com relação à Fisicatura — significa um importante golpe em seu poder que, entre outros, será responsável por sua extinção dois anos depois, caracterizada como um poder cego, arbitrário, identificado aos interesses portugueses.

Do ponto de vista da higiene pública, ela não parece ter conseguido problematizar, debater ou impor esse novo tipo de medicina que, para se estabelecer na sociedade, precisa de um poder organizado e capaz de elaborá-lo teoricamente através de análises sanitárias da

cidade, planos, estatísticas médicas, estudos de endemias e epidemias, etc. Mas não só ela não aprofundou o novo tipo de saber médico sobre a cidade, instrumento de luta contra a desordem urbana que começava a ser diagnosticada, como também não criou associações médicas e jornais de medicina com a necessária incumbência de difundir este saber e lutar por sua efetivação. Assim, mesmo tendo sido melhor delineado neste momento o objeto da higiene pública e tendo recebido um órgão médico como instrumento de poder, os resultados parecem ter sido nulos [169].

Heterogeneidade, portanto, entre a Fisicatura e os dois principais objetos da polícia médica — o ensino e a higiene pública — mesmo se durante algum tempo as duas estiveram interligadas. Em 1828, finalmente este velho poder médico português desaparece. A Assembléia aprova uma "moção indicativa para que fossem extintos

169 P. Barbosa e C. Rezende, em texto escrito quase 100 anos depois, que tem Oswaldo Cruz como referência e reproduz a crítica à Fisicatura dos principais protagonistas da medicina social do século XIX, faz a seguinte descrição do Rio: "Em 1814 a cidade do Rio de Janeiro dilatava-se numa extenção "de mais de légua" enfre o mar e a montanha, mas as casas eram no geral "mal construídas, pequenas e pela maior parte térreas"; "a escravatura, sendo muita, vivia quase toda amontoada em cárceres"; a cidade não tinha esgotos regulares e apenas uma outra vala sem declive, de ordinário entupida, na qual as dejeções e as águas sujas apodreciam ao sol dos trópicos; o lixo era atirado nas praias, insalubrisando-as; as águas servidas eram jogadas aos quintais, convertendo-os em charcos e lamaçais; os enterramentos eram feitos no solo do recinto das igrejas, enchendo-as de emanações deletérias; encontravam-se os animais mortos abandonados pelas ruas e praças; as inundações das ruas e das casas, por ocasião das chuvas eram inevitáveis e demoradas; a cidade era pontilhada de lagoas e brejos (...)" *op. cit.*, p. 20.

por uma vez os cargos de Físico-mor e de Cirurgião-mor do Império", elaborado pelo farmacêutico Francisco Xavier Ferreira, deputado pelo Rio Grande do Sul, através da resolução de 30 de agosto, onde se lê que:

Art. 1º — Fica abolido o lugar de Provedor-mor de Saúde, pertencendo às Câmaras a inspeção sobre a saúde pública, como antes da criação do dito lugar;

Art. 2º — Ficam abolidos os lugares de Físico e Cirurgião mores.

Art. 3º — As Câmaras farão o exame dos comestíveis à venda.

Art. 4º — As Câmaras farão visitas às boticas e lojas de drogas.

Art. 5º — As causas dos juízes do Provedor e Físico mores passam às justiças ordinárias.

Durante esse período em que esteve responsável pela polícia médica da sociedade, e sobretudo após sua extinção em 1828, quando se inicia o principal momento da luta pela implantação da medicina social, a Fisicatura foi caracterizada pelos médicos como um poder monstruoso, arbitrário e relapso. Críticas que, explorando o negativo, a persistência da desordem, ilustram muito bem o outro lado da polícia médica que começa a se estabelecer. Fundamentalmente, são um sinal da mudança que lentamente se processa e explicitam a existência de um tipo novo de concepção e de organização da medicina. É em nome da medicina social — pouco a pouco se impondo como uma necessidade, como uma exigência capaz inclusive de criticar o seu mal funcionamento — que os médicos criticam a Fisicatura.

Esta é incapaz de realizar uma polícia médica da sociedade pois se inscreve ao nível jurídico-burocrático, desempenhando a função negativa de restringir os direitos, impedir os excessos, fiscalizar e punir, em uma

palavra, legalizar. A medicina social se caracteriza por uma ação positiva, transformadora, recuperadora que, instituindo normas, impõe exigências a uma realidade vista como hostil e diferente. Tem, em suma, um objetivo de normalização.

Desafio político da saúde

Com o fim da Fisicatura e da Provedoria de Saúde, o encargo da higiene pública passa para as Câmaras Municipais. Estas, no entanto, não são idênticas às do período colonial que, como vimos, são alheias a qualquer projeto de higiene pública: em 1º de outubro de 1828, as Câmaras são reestruturadas, concretizando as diretrizes anunciadas no artigo 167 da Constituição promulgada por D. Pedro I em 1824, que prevê a existência de Câmaras "em todas as cidades e vilas ora existentes e nas mais que para o futuro se criarem" e estabelece os limites de sua competência na esfera administrativa.

No Regulamento de 1828, o artigo 24 encerra a disposição fundamental da nova organização: a perda das atribuições judiciais até então garantidas às Câmaras pelas Ordenações Filipinas [170]. O artigo define as novas Câmaras Municipais que serão "corporações meramente administrativas e não exercerão jurisdição alguma contenciosa" [171].

Este aspecto restritivo do novo Regulamento é confirmado pela delimitação da esfera de atuação dos

170 *Ordenações Filipinas*, livro 1º, título 65, § 73.
171 Regulamento de 1º de outubro de 1828, art. 24, tít. I.

empregados da Câmara, que passa a nomeá-los para ocuparem cargos exercidos anteriormente pelos seus vereadores. Assim, o Procurador por ela nomeado não pode obrigar à execução das suas Posturas por imposição de penas e multas aos contraventores [172]: são unicamente os juízes de paz, "eleitos pelo mesmo tempo e maneira por que se elegem os vereadores das Câmaras" [173] que detêm este poder [174]. Restritos portanto ao campo administrativo, os vereadores "tratarão dos bens e obras do Conselho, do governo econômico e policial da terra e do que neste ramo for à prova dos seus habitantes" [175].

A esta restrição corresponde, no entanto, uma expansão na área da atuação administrativa, expansão para nós importante por colocar o problema da higiene pública. Em que consiste o "governo policial e econômico da terra" ou a promoção da "tranqüilidade, segurança e saúde" da população que o Regulamento de 1828 nos anuncia em suas Posturas Policiais? [176] Com o desaparecimento da Fisicatura, órgão máximo da medicina da época, desaparece a medicina social que aos poucos se esboçava, dando lugar a uma administração urbana da saúde, uma higiene desmedicalizada, independente da teoria e prática médicos?

No exame destas Posturas podemos encontrar respostas a estas questões. Sob este título são estipuladas as atribuições das Câmaras sobre objetos que podem ser unificados em torno do objetivo comum de fornecer uma resposta à desordem urbana, através de uma tripla articulação que nos permite também explicitar em que consiste o governo policial e econômico. O governo

172 *ibidem*, art. 81, tít. IV.
173 Constituição de 25 de março de 1824, art. 162.
174 Regulamento de 1º de outubro de 1828, art. 88, tít. IV.
175 *ibidem*, art. 40, tít. I.
176 *ibidem*, art. 71, tít. II.

policial dos municípios responde à desordem urbana intervindo fundamentalmente em três aspectos detalhados nas Posturas [177]: o aspecto urbanístico, o econômico e o populacional.

Dispersos em seus artigos e parágrafos, podemos primeiramente encontrar nas Posturas a temática urbanística, caracterizada por medidas de engenharia, como as de alinhamento, limpeza, iluminação e desimpedimento das ruas, praças e cais; as de conservação dos muros protetores das prisões e edifícios públicos; as de promoção de construções que beneficiem a população, como pontes, fontes, aquedutos, chafarizes, poços e tanques; as de conservação de calçadas, estradas e caminhos [178].

Uma segunda articulação dos objetos sujeitos à administração das Câmaras é o aspecto econômico: o governo deve policiar — tendo principalmente em vista incentivar — a agricultura, o comércio e a indústria. Este benefício deve ser proporcionado através da aquisição de modelos de máquinas e instrumentos rurais, do ensino de novas técnicas agrícolas, de tentativas de aprimoramento das raças de animais úteis ou do fornecimento de sementes para as lavouras [179].

Em relação à lavoura especificamente, são apontadas outras providências da competência do governo das Câmaras, competência que o parágrafo clarifica como sendo de ordem policial. Assim a de extirpar "répteis, venenosos ou de quaisquer animais e insetos devoradores de plantas e (...) tudo o mais que diz respeito à polícia" [180]. Como já mencionamos, é bem larga a conceituação de governo policial. Diz-lhe também respeito uma outra medida econômica: proteger "os criadores e

177 *ibidem*, art. 66 a art. 73, tít. II.
178 *ibidem*, art. 66 § 1, 3, 6, tít. II.
179 *ibidem*, art. 67 e 68, tít. II.
180 *ibidem*, tr. 66 § 5, tít. II.

todas as pessoas que trouxerem seus gados para os venderem, contra quaisquer opressões dos empregados dos Registros e currais dos Concelhos, aonde os haja, ou dos marchantes e mercadores deste gênero, castigando com multas e prisões (...) os que lhe fizerem vexames e acintes para os desviarem do mercado" [181]. As medidas de proteção aos criadores de gado são paralelas às de controle da qualidade da carne: "só nos matadouros públicos ou particulares, com licença das Câmaras, se poderão matar e esquartejar as reses e calculado o arrobamento de cada uma rês, estando presentes os Exatores dos direitos impostos sobre a carne, permitir-se-á aos donos do gado conduzí-las depois de esquartejádas e vendê-las pelos preços que quiserem e onde bem lhes convier, contanto que o façam em lugares patentes em que a Câmara possa fiscalizar a limpeza e salubridade dos talhos e da carne" [182]. Nas feiras e mercados, que devem ser facilitados pelas Câmaras, não só a carne mas todo o gênero de mantimentos expostos ao público será controlado na sua salubridade e na exatidão dos pesos e medidas usados na venda [183].

Finalmente, um terceiro aspecto, relacionado diretamente à vigilância da população, completa a resposta das Posturas Policiais do Regulamento de 1828 à desordem urbana. Neste aspecto, duas especificações distinguem-se: por um lado, a população é vista como portadora de perigo, proveniente de um comportamento desregrado. Assim, as Câmaras devem tomar medidas contra "o perigo da divagação dos loucos e embriagados" [184]; "as vozerias nas ruas em horas de silêncio, injúrias e obscenidades contra a moral pública" [185], além de cuidar em somente autorizar espetáculos públicos

181 *ibidem*, art. 66 § 8, tít. II.
182 *ibidem*, art. 66, § 9, tít. II.
183 *ibidem*, art. 66, § 10, tít. II.
184 *ibidem*, art. 66, § 3, tít. II.
185 *ibidem*, art. 66 § 4, tít. II.

não ofensivos à moral da população [186]. Por outro lado, as Câmaras Municipais devem promover o bem-estar da população através da proteção de sua saúde e educação, seja inspecionando as escolas primárias e prestigiando os hospitais e outras obras assistenciais existentes, seja proporcionando condições para a sua criação [187].

O exame destes três aspectos atesta a existência do propósito do Regulamento de encarregar as Câmaras Municipais da higiene pública. No entanto, vemos que a higiene aparece aí integrada e ao mesmo tempo diluída nesses três principais setores da administração urbana. Não existe um discurso autônomo sobre a questão da higiene: mesmo quando aponta medidas diretamente relacionadas à salubridade — asseio dos curtumes, matadouros e currais, aterro de pântanos, transferência dos cemitérios para fora dos templos — as Posturas repetem os encargos da Provedoria para com a higiene, sem construir nenhum saber específico. Tampouco existe qualquer exigência no sentido de saber quem delibera sobre as questões da higiene pública: o Provedor de Saúde da Câmara tem como único requisito para ocupar o cargo o de ser o segundo vereador mais votado. Contudo, podemos encontrar nestas Posturas o objetivo do governo municipal não só em manter a tranquilidade e segurança dos habitantes, mas em promover a saúde da população. A este encargo leigo da saúde, proposto pelo Regulamento de 1828, se oporão os médicos e através dos seus discursos críticos apontarão a incoerência do que se poderia chamar de higiene desmedicalizada.

Exatamente nesta época inicia-se a grande ofensiva da medicina brasileira que procura se implantar como

[186] *ibidem*, art. 66, § 12, tít. II.
[187] *ibidem*, art. 69 e 70, tít. II.

medicina social. Em 1829, surge a Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, sem dúvida o grupo mais representativo desse novo estilo de medicina que lutará, de diversas maneiras, para impor-se como guardiã da saúde pública.

Esta criação traz bem marcada sua inspiração francesa. Influência que podemos ler não somente na presença de médicos franceses entre seus fundadores — os doutores Fraive e Sigaud, que tinha sido secretário da Sociedade Real de Medicina de Marseille —, na formação francesa de vários de seus membros — como o dr. Meirelles, de quem partiu a idéia de sua criação, doutorado em Paris — mas sobretudo, e por isso mesmo, no projeto de medicina social inteiramente baseado nos realizados na França pelas sociedades de medicina.

Não se deve, entretanto, pensar que tudo se explica por uma importação de modelo. As novas concepções de medicina, tanto no que diz respeito à sua organização interna quanto à sua inserção na sociedade, articulam-se às condições históricas da sociedade brasileira.

Em meio à situação conturbada da época, a Sociedade de Medicina justifica sua investida através do projeto de organização de uma sociedade perfeita. Seu discurso de ordem se dá como resposta tanto aos distúrbios políticos — relacionados com as dificuldades econômico-financeiras do Império, com a crescente oposição ao Imperador, com a guerra cisplatina recém-terminada — como também aos distúrbios que podemos chamar urbanos, produzidos pelo crescimento desordenado da cidade, a partir de 1808, e caracterizados pela insuficiência de moradia, abastecimento, segurança, serviços médicos, etc.

Distúrbio político e distúrbio urbano são dois temas presentes nos debates médicos da recém-criada Sociedade de Medicina, que se diz possuidora dos meios para alcançar uma sociedade ordenada, disciplinada, ofe-

recendo luz para a saída do caos e se justificando como medicina social. "Seria restrita a utilidade das ciências médicas e naturais, que têm por objeto o conhecimento profundo do organismo e dos corpos que exercem sobre o nosso qualquer influência, se tivessem por fim só fazer-nos conhecer a natureza das moléstias e os meios de curá-las ou preveni-las em cada membro da sociedade. Estes conhecimentos tornam-se mais importantes e necessários à medida que esta ciência aplica-se às necessidades do corpo social (...). É da medicina e das idéias que ela fornece que os legisladores de todos os países têm procurado tirar os fundamentos de grande número de leis, tanto mais sólidas e estáveis quanto elas têm por base o conhecimento da natureza humana e das mais verdadeiras necessidades (...)" [188].

Dentro desse contexto, a Sociedade de Medicina estabelece como objetivos fundamentais a saúde pública e a defesa da ciência médica, objetivos que fazem parte do projeto de realização de uma medicina social.

Com relação ao primeiro objetivo da Sociedade de Medicina — a higiene pública — lutar pela medicina social significa lutar pela criação ou reformulação dos regulamentos sanitários, pelo controle de sua aplicação por médicos, por mudança de costumes, por intervenção em hospitais, prisões e outros lugares públicos, pelo controle da venda de medicamentos, pelo estudo de epidemias, endemias e doenças contagiosas, pela criação de lugares de consultas gratuitas aos pobres, etc.

Através sobretudo de suas Comissões Permanentes, a Sociedade de Medicina elabora o saber da nascente medicina social brasileira e planeja sua implantação na sociedade. A Comissão de Moléstias Reinantes percorre hospitais, organizando as primeiras tabelas demográfico-sanitárias e os primeiros quadros necrológicos. A estatística médica registra não só a vida mas a própria morte. A Comissão de Vacina se ocupa da disseminação de vacinas na população, sendo o embrião do Instituto Vacínico criado em 1843. A Comissão de Consultas Gratuitas, além de procurar atrair os pobres para a medicina pela gratuidade da consulta — opondo a ciência médica desinteressada ao objetivo de lucro das outras formas de cura e visando assim a quebrar o muro do charlatanismo — realiza um trabalho de detecção e controle de focos de contágio de doenças sobretudo endêmicas, através do corpo do pobre. Mas ela tem também por objetivo extrair, através dessas consultas, um saber médico que alimente a reflexão e a ação da medicina social, como enunciam claramente os seus princípios: "A Comissão de Consultas Gratuitas, guiando-se pelos mesmos filantrópicos sentimentos que animam a Sociedade de que ela tem a honra de ser parte e tendo séria e refletidamente cogitado o melhor meio de bem preencher seus fins, julga conveniente ter em vista não só a utilidade individual daqueles que procurarem seus conselhos, como o benefício geral que à humanidade e às ciências médicas pode resultar de observações cuidadosamente colhidas, sobre casos instrutivos, que se lhe ofereçam dignos talvez de serem por ela comunicados à Sociedade, para que esta, sujeitando-se ao cadinho da imparcial, escrupulosa e científica análise, lhes dê a publicidade que convém a objetos de geral e humano interesse" [189].

Mas, sem dúvida, onde a Sociedade de Medicina melhor elaborou sua visão de medicina social e coordenou sua ofensiva de implantação na realidade foi em

188 José Martins da Cruz Jobim, "Discurso com que José Martins da Cruz Jobim abriu o seu curso de medicina legal na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro", *in Revista Médica Fluminense*, nº 1, abril, 1836, volume II, p. 20.

189 "Parecer da Comissão de Consultações Gratuitas da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro", *in Semanário de Saúde*, 9 de abril de 1831, nº 15 p. 80.

sua Comissão de Salubridade Geral. Já em 1830 ela apresentava um relatório focalizando problemas de higiene e medicina legal, em que aborda a educação física das crianças, a extemporaneidade dos casamentos precoces, a falta de registros civis, a condenação dos sepultamentos dentro das igrejas, a carência de hospitais, a necessidade de regular o funcionamento das boticas e dar melhor assistência aos loucos, a falta de médicos verificadores de óbitos, construção de casas, estreiteza das ruas, necessidade de esgotos, calçamento, abastecimento de água, asseio das ruas, praças, praia, urgência de dessecamento dos pântanos urbanos [190].

Esse documento funciona como declaração de princípios e estabelecimento de um programa. Traça o âmbito dilatado da intervenção médica, desenvolvendo o que já era proposto desde o começo do século, acrescentando-lhe o projeto de medicina legal e iniciando a série de protestos contra a situação em que viviam os loucos que está na base da criação da psiquiatria brasileira. Fixa os objetos a serem atingidos pela medicina em sua tarefa de vigilância e controle do espaço urbano. Denuncia os lugares de desordem, de amontoamento, de acúmulo, que devem figurar como portadores de perigo urbano médico e social. Propõe a extinção ou a transformação disciplinar de tudo que pode ser um obstáculo ao funcionamento ordenado da cidade.

Programa que logo efetiva a participação deste corpo médico de elite na problemática da higiene pública em uma de suas principais intervenções, no sentido de criar uma legislação que seja a expressão de seu projeto de medicina social. Sob a influência desta

190 "Relatório da Comissão de Salubridade Geral da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro", *in Semanário de Saúde Pública,* 9 de abril de 1831, nº 15 p. 77-80.

associação médica, a Câmara Municipal do Rio de Janeiro organiza em 1830 e promulga em 1832 um Código de Posturas que legisla localmente partindo do Regulamento de 1828, de que explicita, precisa e desenvolve o conteúdo.

Estabelecendo em sua primeira parte, intitulada Saúde Pública, uma legislação sanitária municipal — que engloba no seu raio de ação, como focos de desordem do espaço urbano a serem transformados, os cemitérios e enterros, os gêneros alimentícios, a medicina e os medicamentos, os pântanos e as águas infectadas, os currais, matadouros e açougues, os hospitais, casas de saúde e moléstias contagiosas, as fábricas, etc. — o Código de Posturas retoma, em sua parte referente à salubridade, as aquisições formuladas desde 1798 pelos primeiros pareceres médicos e desenvolvidas em 1809 pela Provedoria de Saúde. E, se em 1832 a polícia médica está integrada como parte da legislação municipal, isso não deve iludir sobre a possível existência de uma higiene não medicalizada, pois é aos médicos que se deve a concepção de higiene que se encontra no Código de Posturas. A participação da Sociedade de Medicina — através sobretudo de sua Comissão de Salubridade — nas medidas de higiene lideradas pelas Câmaras, realiza a continuidade com a problemática que vinha pouco a pouco se explicitando no Brasil e que, a partir dessa época, vai ser consolidada.

Continuamente a Comissão vai produzindo documentos com novas análises concretas do espaço social, novas propostas de polícia médica, críticas à insuficiência da legislação sanitária, etc. É assim, por exemplo, que em dezembro de 1831 a Sociedade aprova um novo relatório da Comissão de Salubridade que aponta o desprezo dos mais vulgares princípios da polícia sanitária como a causa da infecção da atmosfera da cida-

de [191]. O interessante neste relatório é a maneira didática como retoma item por item o Código de Posturas da Câmara Municipal, que já era um produto da ação da Sociedade, explicitando seu conteúdo, criticando suas insuficiências e sobretudo denunciando que pontos da legislação não foram aplicados.

Vemos assim como a Sociedade de Medicina procura elaborar o saber da medicina social brasileira e intervir na realidade assessorando e criticando a execução das medidas de higiene que até 1850 estarão sob controle das Câmaras Municipais. Ela se constitui como a grande organizadora da ofensiva da medicina na primeira metade do século XIX.

Para a propagação de suas idéias ela utilizou jornais e revistas. O primeiro jornal de medicina, surgido no Brasil em 1827, é obra do Dr. Sigaud que, na França, já tinha sido fundador e diretor de um jornal médico entre 1823 e 1825, quando veio para o Rio de Janeiro. Tem o significativo título de *O Propagador das Ciências Médicas* e informa sobretudo sobre a medicina européia, principalmente francesa. Dura, entretanto, muito pouco, desaparecendo em 1828, ano em que surge o *Semanário de Saúde Pública,* órgão da Sociedade de Medicina. Daí em diante, sob a mudança de títulos, a continuidade da difusão da proposta de medicina social estará assegurada na medida em que a Sociedade ou a Academia de Medicina — em que é transformada em 1835 — sempre terá seu periódico.

Este projeto de abrir um espaço de discussão que contribua para a constituição e difusão da nova medi-

191 "Relatório da Comissão de Salubridade Geral da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, sobre a causa de infecção da atmosfera desta cidade, lido e aprovado na sessão de 17 de dezembro de 1831", *in Semanário de Saúde Pública,* 1832, p. 284-306.

cina transparece no incentivo, através da concessão de prêmios, ao aparecimento de memórias sobre questões propostas pela Sociedade.

Chegamos assim ao segundo objetivo da Sociedade de Medicina: a defesa da ciência médica. Trata-se, basicamente, de uma luta pela uniformização do saber médico, por uma medicina baseada na observação, pela radical oposição a formas outras de cura, ou propostas de cura, agrupadas sob o rótulo de charlatanismo.

Até o século XIX não existia ensino médico praticado em hospital, um saber médico originário da observação, sobretudo hospitalar. A qualificação do médico era feita através da transmissão pessoal de conhecimentos àqueles que praticavam medicina, cirurgia e farmácia, como auxiliares de um diplomado. Além disso, a situação é de uma virtual inexistência de médicos formados e a persistência e aceitação de uma "medicina popular" que escapava ao controle do corpo médico.

A Sociedade de Medicina luta por romper com este quadro, normalizando o ensino e o exercício da medicina. "A vida e a saúde dos cidadãos eram objetos demasiadamente importantes para que as nações e seus comissários, os governos, se descuidassem a este respeito, e deixassem de empreender, guiar, limitar a escolha do vulgo, restringindo-a a um número de indivíduos cuja instrução fosse afiançada por certas provas. Daí a invenção e uso das cartas de autorização para cura. As nações e governos julgaram isto insuficiente: estabelecem-se planos de ensino. Institui-se escolas públicas de medicina, onde sob a inspeção de autoridades direta ou indiretamente comissionadas pela nação e à custa destas, instrui-se a arte de curar. A necessidade de verificar os frequentadores impôs o estabelecimento das frequências às aulas e a inscrição que

permite que se saiba os nomes e as épocas em que se estudaram" [192].

A temática do controle do saber — a ser realizado através de matrícula, provas e planos de ensino que prescrevem etapas a serem cumpridas gradualmente pelo estudante — vincula-se portanto ao objetivo de controle do exercício da profissão. Controla-se o ensino para que a prática só seja franqueada a quem tem competência comprovada.

A Sociedade de Medicina luta pela legalização da medicina como a verdade da cura. Luta também pelo estabelecimento das condições para o exercício e formação de seu saber: pela reforma, aperfeiçoamento e execução de uma regulamentação sanitária, pela elaboração de estatísticas, pela existência de atestado de óbito, registros de nascimento, etc., que permitem maior controle do seu objeto. Está construída como órgão defensor da medicina, articulador de suas diretrizes, definidor de suas propostas. A Sociedade de Medicina é criada como corpo ordenado e ordenador.

A principal realização da Sociedade no que diz respeito à defesa da ciência médica é a elaboração do projeto das Faculdades de Medicina por uma Comissão Temporária em 1830 e 1831, discutido e aprovado pelo Parlamento praticamente sem alterações. Na verdade os estatutos são uma cópia dos da Faculdade de Paris. Compõe-se a Faculdade de três cursos: medicina, farmácia e obstetrícia. O curso médico com duração de seis anos e quatorze disciplinas. O farmacêutico, três anos e cinco disciplinas. O de partos, um ou dois anos.

Desde a sua criação, as Faculdades tratam de controlar o exercício da profissão. A lei de 3 de outubro

192 Luiz Vicente de Simoni, "Discurso sobre as matrículas dos estudantes das Escolas Médicas" lido na Sociedade de Medicina em 29 de novembro de 1830, *in Semanário de Saúde Pública*, 1831.

de 1832, que as instituiu, determina que sem título conferido ou aprovado pelas Faculdades de Medicina do Brasil ninguém poderá curar, partejar ou ter botica. Até 1850, a vigilância do exercício da profissão é efetuada pelas Faculdades de Medicina, que fazem os exames e conferem os títulos, e pelas Câmaras Municipais, que registram os títulos e dão licença para o exercício profissional. Em 1850 reforçam-se as instâncias de controle propriamente médicas, com o enfraquecimento do poder das Câmaras em questão de medicina. Suas atribuições passam para a Junta de Higiene Pública.

Os dois aspectos fundamentais de medicina social, que já se encontravam explicitados como os dois principais objetivos da Sociedade de Medicina — a higiene pública e a normalização da medicina —, recebem neste momento sua formulação institucional. Já estão longe os tempos em que a Fisicatura legitimava a ação dos curandeiros ou interessados.

A situação atingida em 1850 não é contudo algo inteiramente novo ou esporádico, mas o resultado de uma luta intensa, planejada, conduzida. Luta que lança a medicina na sociedade, amplia o seu objeto e ao mesmo tempo restringe o seu exercício a homens normalizados pelo seu poder.

O Charlatão na República dos médicos

Durante toda a primeira metade do século XIX, sobretudo a partir de 1830, quando a Sociedade começa a funcionar, a medicina canta o seu louvor — a posição e importância da medicina, as virtudes do mé-

dico, as vantagens do reconhecimento da "verdadeira medicina" — e cria o charlatanismo como desvio. Ufanistas cantos de guerra: a medicina ocupa uma posição central no saber e seus braços sustentam a sociedade. O projeto médico defende e justifica uma sociedade medicalizada, lutando por uma posição em que o direito, a educação, a política, a moral seriam condicionadas a seu saber.

No que se refere às decisões jurídicas, os médicos defendem a medicina legal, que começa a ser tema no Brasil a partir de 1830. A Sociedade de Medicina critica a legislação como imperfeita e a administração da justiça como incompetente, por não oferecerem suficientes garantias para a liberdade e segurança pessoais. Relaciona-se medicina e liberdade; opõe-se ciência e despotismo. A medicina não respeita privilégios, só respeita a verdade. Liberdade significa predomínio da verdade, portanto, garantia do indivíduo. A medicina legal torna-se "cada vez mais importante e indispensável à medida que a civilização avançar, que o regime legal se consolidar e com ele as fórmulas garantidoras da liberdade e segurança individual. Em um governo despótico como são os da Ásia e África, esta ciência é absolutamente inútil (...) mas o mesmo não acontece onde os direitos do homem são religiosamente respeitados, onde antes de punir-se o criminoso é necessário estabelecer de uma maneira incontestável a materialidade do seu delito" [193].

Os processos criminais não podem desprezar o conhecimento médico como determinante da existência de um crime e de seu culpado, não devem se basear em testemunhos e provas que podem ser desmentidos

193 José Martins da Cruz Jobim, "Discurso com que José Martins da Cruz Jobim abriu o seu curso de medicina legal da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro", *in Revista Fluminense*, nº 1, abril, volume II, 1836, p. 23.

por uma verificação médica. Mas a ênfase na verificação da verdade de um crime não esgota o campo de ação da medicina legal, que deve também regular época de casamento e de maioridade, legitimidade dos filhos, direito de paternidade, habilidade para suceder, valor do casamento, validade de testemunho, privilégios ligados a certas épocas da vida, encargo ou isenção dos deveres sociais.

Com relação à política, os médicos, por um lado, ligam a medicina ao patriotismo, procurando mostrar aos políticos a importância da medicina enquanto propiciadora de saúde aos cidadãos, que somente se saudáveis podem contribuir para o engrandecimento da pátria. Patriotismo é civilização e civilização é liberdade. A medicina é incompatível com o despotismo. O poder médico só se exerce em época de liberdade política. Por outro lado, procuram articular a atividade médica à atividade política: defendem a inclusão de médicos nas Câmaras Municipais, para tornar eficazes as medidas de higiene pública e política médica; oferecem a assessoria de suas luzes; criticam a falta de saber médico das Câmaras e sua inércia na execução das medidas de higiene. O longo debate entre a medicina e a Câmara é um atestado de que a medicina como poder é essencialmente ligada ao Estado, não só no sentido de que dele depende fundamentalmente, mas também de que cada vez mais o apoio do saber médico lhe é indispensável.

Segundo os médicos, a medicina oferece os princípios orientadores da legislação, permitindo o alcance da liberdade. Os povos marcham a passos largos para a liberdade depois que as leis "bebem" na ciência do homem. Lei, medicina, civilização: o necessário para tornar doces os costumes de um povo.

Por isso, a medicina também se articula com a educação. O governo despótico entrega a moral aos caprichos dos pais e mestres; a criança é o germe são que

convenientemente regrado poderá representar, em seu desenvolvimento completo, qualidades úteis. Mais uma vez a medicina liga-se ao patriotismo e à liberdade e se opõe ao despotismo mas também à família. "Se os olhos da lei pudessem penetrar o interior das famílias e sua força extirpar os abusos que a ignorância tem introduzido na educação física dos infantes, ela acharia na medicina as regras convenientes" [194].

A lei deve ser "superior" à família, seus olhos devem poder nela penetrar para corrigir abusos e prevenir defeitos futuros que seriam prejudiciais à nação, à pátria. As crianças devem no futuro ser virtuosos campeões da liberdade pátria. A medicina oferece os princípios orientadores da legislação, permitindo o alcance da liberdade. A educação "bem dirigida" previne excessos. Fala-se mesmo em uma "República de médicos", "inacessível aos monstros que têm ultrajado a humanidade, ao despotismo e ao fanatismo" [195]. Que melhor definição pode ser dada da sociedade disciplinar?

A medicina também se relaciona com a moral. Se a moral passa também a ser vista como causa de doença, isto não significa uma incursão médica em uma área que lhe seria alheia. Existe um elemento comutador entre medicina e moral, e este elemento é o equilíbrio, percebido em um fundo que mostra o homem como "resultado de dois princípios — físico e moral" [196]. Homem definido como organismo, como possuidor de uma estrutura interna cujo conhecimento é o privilégio da medicina, que estuda "a formação e função de seus diversos órgãos, a influência necessária sobre todo o seu ser, a poderosa influência que as paixões humanas exercem sobre os desarranjos da organização, estas e aquelas propensões, e segundo sua organização, seus vícios e maus costumes, (impondo) ao médico a obrigação de remediá-los ou modificá-los" [197]. Através do conhecimento do que é o organismo, a medicina defende o equilíbrio e se opõe às paixões, aos excessos, aos extremos. Tendo-se em mente a relação entre o físico e o moral neste funcionamento, pode-se compreender a relação entre medicina e moral.

Para que se preserve a saúde de uma população, portanto, há necessidade da implantação de uma sociedade onde não se suscitem paixões, onde o caos foi desfeito, onde reina a ordem, onde tudo funciona, onde não existem monstros, onde os costumes são doces. A medicina, conhecendo o homem e as alterações de seu organismo provocadas pela desordem, deve guiar o processo de estabelecimento e o funcionamento desta sociedade, apontando sempre as causas de alteração e nelas intervindo. Oferece o saber do corpo, que deve ser disseminado por toda a sociedade — fazendo com que cada um evite a paixão e a desordem — e que deve ser a base do funcionamento do corpo social. É ainda a formulação do sonho de uma república dos médicos, república onde tudo é ordem, calma, luz; onde o equilíbrio está instaurado. Temperança, continência, moderação nos costumes, tranqüilidade da alma — virtudes que se opõem à turbulência e desordem em defesa da vida; virtudes cujo exercício é relacionado a uma sociedade que o permite, que o funda. A medicina estuda a influência do estado social sobre o homem, do modo de governo, da liberdade, da escravidão, das

194 José Augusto César de Menezes, "Discurso recitado na sessão pública da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro em 24 de abril de 1831, *in Semanário de Saúde Pública*, 1831, p. 179.

195 *ibidem*, p. 180.

196 Thomaz Antunes de Abreu, *A medicina contribui para o melhoramento da moral e manutenção dos bons costumes*, tese à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1839, p. 6.

197 *ibidem*.

crenças religiosas — e a partir daí, percebendo as alterações funcionais que podem decorrer desta influência, faz sua proposta de sociedade de equilíbrio. [198]

Um exemplo da reflexão moral efetuada pela medicina: o escravo, causa de maior moralidade em relação ao que se vê nas cidades européias, e ao mesmo tempo fonte principal de corrupção moral. O primeiro aspecto refere-se ao menor número de cenas "ofensivas à decência pública" — a imoralidade escrava é contida pelo temor do azorrague (o que não acontece nas classes baixas européias, que deixam sua imoralidade explodir). O segundo está relacionado à percepção do escravo como ser mergulhado em paixões, só reprimidas por um poder que castiga fisicamente, que marca a carne rebelde do negro.

Em continuidade com os discursos que cantam os louvores dos médicos e da medicina, na mesma época os médicos se opõem ao seu outro, sua marca negativa, descrevendo e proscrevendo a figura do charlatão.

A crítica e a denúncia do charlatanismo são contemporâneas da grande ofensiva da medicina no Brasil através da Sociedade e depois da Academia Imperial de Medicina. Isso se deve aos objetivos estabelecidos pela Sociedade e pela Academia para a sua atuação: "defesa da ciência médica e preocupação com a saúde pública". O charlatão é um obstáculo em ambos os casos. No primeiro, por ser um cultor da não-ciência médica, dos sistemas "imaginários" ou das experiências não dirigidas pela razão. No segundo, não só por estar entre o médico e o seu objeto, a população, impedindo que a relação de conhecimento, cura e prevenção se consume, mas também por estar entre as "causas mais gerais e poderosas da mortandade de nossa nascente população e das prolongadas e numerosas moléstias crônicas que afligem nossos Patrícios e que constituem o germe principal de suas misérias físicas" [199].

Ao mesmo tempo em que a medicina enquanto medicina social oferece ao Estado seus préstimos no combate à epidemias, na elaboração da legislação, distribuição da justiça, urbanização, cobra dele a luta contra o charlatanismo e o reconhecimento da exclusividade do saber sobre a saúde. "Acreditamos que no momento em que o charlatanismo encontrar em vez de agradável bafejo o rosto severo da autoridade (...), raiará sem dúvida alguma a aurora do belo dia da medicina, a profissão médica se regenerará, a impostura não afrontará a ciência e o charlatanismo irá vegetar nos mais obscuros recônditos da mais obscura aldeia" [200]. José Martins da Cruz Jobim cita um médico alemão que pedira a criação de uma medicina de Estado, complementar à religião de Estado: "Achamos muito judiciosa a lembrança de um médico alemão que diz que se é necessária uma religião do Estado, porque os governos devem interessar-se pela salvação das almas dos seus súditos, não é menos necessária uma medicina do Estado, porque esta, interessando à vida dos ditos súditos, importa ainda mais aos interesses materiais dos governos deste mundo" [201]. Se se cuida das almas dos cidadãos, com mais razão se deveria cuidar de seus corpos, defendendo-os dos inescrupulosos. Dessa barganha possível sai toda uma teoria da medicina como anti-anarquia, anti-paixão política, anti-demagogia, enquanto o charla-

198 Cf. *ibidem*, p. 7.

199 Francisco de Paula Costa, *Algumas reflexões sobre o charlatanismo em medicina*, tese à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1841, p. 7.

200 Nicolau Joaquim Moreira, *Rápidas considerações sobre o maravilhoso, o charlatanismo e o exercício ilegal da medicina e da farmácia*, 1862, p. 15.

201 José Martins da Cruz Jobim, *Passatempo escolástico no qual procura-se dar em dois discursos uma idéia exata do que deve ser o verdadeiro médico*. Rio, 1847, p. 7.

tanismo é apontado, senão como o causador, como o análogo no campo da ciência médica de todos esses fenômenos políticos. As metáforas indicam que os médicos sabem o caráter de sua luta como ninguém: normalizar internamente a medicina, externamente a sociedade.

O combate ao charlatanismo é a outra face do desenvolvimento do ensino médico. Quando não havia Faculdade no Brasil, a medicina sendo praticada por poucos formados (em Coimbra), muitos licenciados, e mais barbeiros sangradores, aplicadores de ventosas e sanguessugas, curandeiros, padres jesuítas, não havia como estabelecer uma restrição e uma partilha. Agora, que os médicos perdem os melhores anos de suas vidas estudando e se dedicando aos seus pacientes é justo, argumentam os médicos, que não sofram a concorrência desleal daqueles que não estudaram, não padeceram, mas dizem curar com um remédio secreto e fabuloso. "A liberdade do comércio e da indústria deve em nossa opinião ser mantida em toda a sua plenitude, mas o respeito que consagramos a esse direito não nos leva a estendê-lo à medicina e à farmácia, porque a medicina e a farmácia não são indústrias, nem são profissões livres, pois que para seu exercício a sociedade exige de nós provas, estudos e sacrifícios. (...) A medicina (...) é sempre a ciência da vida e não pode ser exercida senão pelo verdadeiro médico" [202].

A oposição entre médico e charlatão segue o esquema de oposições já conhecidas. O médico é desinteressado, moderado, racional mas observador, religioso mas não supersticioso, honrado, avesso à glória e ao ouro, tão prestimoso com o rei como com o último dos súditos. O charlatão é interessado, irracional (busca causas sobrenaturais) ou demasiado empírico (é enganado pelos sentidos), procura a glória, é "auri-sedento".

O médico e a medicina são discretos, detestam a publicidade, mas seu saber é público. O charlatão procura a publicidade, anuncia nos jornais, mas seu saber é secreto. Diz Francisco de Paula Costa: "supondo-os (os remédios secretos) com as qualidades tais quais seus possuidores atribuem, a mesma delicadeza e probidade se recusam em conceber que se possa conservar em segredo um remédio, um medicamento suposto útil e que pode contribuir para o restabelecimento dos seus concidadãos. O bem de todos não pode ser posto em paralelo com a vantagem de um só (...)" [203].

Essa oposição entre o caráter social da medicina e o caráter egoísta do charlatanismo aparece ainda em uma possível manobra da Sociedade de Medicina, ao criar a Comissão de Consultas Gratuitas. A existência da gratuidade na consulta atrairia os pobres para a medicina, e iria de encontro ao objetivo de lucro das outras formas de cura.

Talvez pior do que o inimigo externo seja o interno, destruindo a reputação da profissão e dissolvendo sua diferença frente ao charlatanismo. As modificações nos estatutos, ocorridas quando da passagem de Sociedade para Academia, fazem com que sejam rejeitados, sem discussão, "os médicos, cirurgiões e farmacêuticos que tivessem afixado em lugares públicos, ou divulgado pela imprensa, anúncios sobre curas que praticavam ou sobre a distribuição e a venda de remédios secretos". Se a medicina é ciência, descobrindo pela observação dirigida pela razão as verdades da natureza, como transformá-la em motivo de espanto, de exibição, de maravilha?

202 Nicolau Joaquim Moreira, *op. cit.*, p. 14.

203 Francisco de Paula Costa, *op. cit.*, p. 19.

Francisco de Paula Costa e Joaquim Alves Pinto Guedes Júnior [204] fazem uma classificação dos tipos de charlatães. Sem se recobrirem perfeitamente, as duas classificações têm dois itens coincidentes. O primeiro, em ambas, é constituído pelos charlatães ambulantes. São pouco importantes ou pouco perigosos: não existem em uma cidade grande como o Rio de Janeiro; Paula Costa coloca-os até em uma classe prévia, "porque entre nós não se apresentam nesse aparato cômico". O segundo item, onde as duas classificações divergem, é composto na de Guedes Junior pelos charlatães que anunciam nos jornais ou por meio de cartazes. Na de Paula Costa o segundo item inclui: "aqueles que, sem título ou autorização obtida por lei, praticam a arte de curar (charlatães propriamente ditos)". Aí estão abarcados os barbeiros, "de ordinário estúpidos africanos que às vezes nem sabem se expressar"; as parteiras, "de ordinário vindas da classe baixa, imbuídas de graves preconceitos, despidas de todos os conhecimentos, ignorando mesmo o ler e o escrever, cuja mocidade foi estragada nos deboches e prazeres"; os que se dizem possuidores de remédios secretos, provavelmente os indicados no segundo item por Guedes Júnior; os médicos de urina; os farmacêuticos que prostituem a arte de farmácia; e até as receitas caseiras que cada família possui.

O terceiro item de ambas classificações é preenchido pelo mau médico. Charlatão científico, para Guedes Júnior, charlatão munido de títulos "bem ou mal adquidos" para Paula Costa. Esse é o inimigo interno já referido.

[204] Joaquim Alves Pinto Guedes Junior, *Deve haver leis repressivas do charlatanismo, ou convém que o exercício da medicina seja inteiramente livre?*, tese à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1853.

Há ainda um quarto tipo de charlatanismo, de boa fé: "Não duvidamos confessar que o charlatanismo (se este nome se lhe deve dar) que o homem da arte emprega não é movido nem por um sórdido interesse nem por uma desmesurada avidez de reputação, mas sim pela louvável intenção de curar (...). Por maiores pois que sejam as mentiras que propõe, por mais extravagantes que sejam os remédios que prescreve, em tais casos o médico não deve ser reputado charlatão, pois que ele exerce a medicina moral" [205]. Mesmo executando os mesmos atos, médico e charlatão não se encontram, porque os executam segundo morais diferentes. O medo da morte, quando usado pela avidez do charlatão, produz a imaginação e o maravilhoso. Já o médico, "pelo império que exerce sobre a morte, é de alguma sorte a imagem da Divindade sobre a terra (...)" [206].

No *Passatempo Escolástico,* José Martins da Cruz Jobim agrega aos ambulantes, aos barbeiros, parteiras, maus médicos, etc., o homeopata, assimilado para fins de argumentação aos uromantes e quiromantes. Quem quer que se atravesse no caminho da medicina rapidamente é transformado em charlatão.

Identificar a homeopatia — introduzida no Brasil em inícios dos anos quarenta — ao charlatanismo é, para o movimento da medicina social, uma tarefa oportuna: serve para reforçar a articulação entre o controle da saúde da população e o controle do exercício profissional. Tarefa, contudo, duplamente dificultada: por um lado, a homeopatia apresenta-se como corpo de doutrina capaz de substituir proveitosamente a moderna medicina preconizada pelos membros da Academia Imperial. Atribuem-se, também, títulos de cientificidade. Colocava-se em concorrência direta com a ciência oficial, introduzindo-se no campo de discussão sobre os

[205] Francisco de Paula Costa, *op. cit.*, p. 23-24.
[206] Thomas Antunes de Abreu, op. cit., p. 10.

princípios da teoria médica e sua eficácia terapêutica. Por outro lado, a homeopatia ganha adeptos no interior da própria classe médica, contando com o apoio de personalidades politicamente respeitáveis.

A luta contra a homeopatia é um importante aspecto de ofensiva médica nos anos que precedem imediatamente a criação da Junta de Higiene Pública. Analisemos alguns lances significativos desse processo.

No final de 1846, a Academia representa ao Imperador contra a distribuição de diplomas por parte de uma escola homeopática estabelecida na Corte[207]. A representação é atendida, tendo o Imperador mandado "fazer algumas declarações pelas quais constasse que os certificados do curso homeopático estabelecido nesta Corte não têm caráter de títulos a que alude o artigo 14 da lei de 3 de outubro de 1832, e que portanto não estão compreendidos naquela disposição, nem podem habilitar a alguém, que não seja médico ou cirurgião, para que exerça a homeopatia"[208]. O monarca reitera, ainda, ordens para que o chefe de polícia impeça os alunos do referido curso de exercer a arte de curar, sem

207 O organizador do Instituto Homeopático é Mr. Mure. Discípulo de Fourier, ele decide, inicialmente, fundar um falanstério em Saí, no litoral de Santa Catarina. Convoca operários e mestres artesãos para ali instalar uma fábrica de móveis e outros utensílios, contando, para isso, com uma concessão de terras e um empréstimo do governo brasileiro. A aventura do falanstério industrial termina em desastre e Mr. Mure transfere-se para o Rio, iniciando intensa atividade de ensino e propaganda da homeopatia. Cf. "O Charlatanismo e os charlatães no Brasil", artigo não assinado, traduzido da Gazette Médicale, de Paris; *in Annaes de Medicina Brasiliense*, volume 4º, n.os 8, 9, 10 de 1849. O movimento homeopático conta, no período, com duas publicações: *A Sciencia* (1847-48) e *O Médico Popular* (1851).

208 Relações com o governo e suas consultas, *in Annaes de Medicina Brasiliense*, volume 3, nº 3, 1847, p. 70.

título das faculdades de medicina, e vigie a prescrição e venda de remédios[209].

Tais medidas do poder executivo vêem-se ameaçadas por solicitações dos homeopatas à Assembléia Geral: "Então vimo-los (os charlatães homeopatas) apresentarem-se perante a Representação Nacional, increpá-la de parcial por não proteger e favorecer a ilegalidade, e detrair e vilipendiar a seus olhos todas as ilustrações e instituições médicas antigas do país, falando só bem de si e de sua pretendida nova ciência (...)"[210].

Reivindicando autorização legal para o funcionamento de seus cursos e para a prática profissional de seus adeptos, a homeopatia provoca uma veemência retórica que dá a medida da ameaça que parece representar: "E, com efeito, o que não ousarão, o que não farão eles no país aonde puderam chegar a destronizar a ciência para substituir-lhe a seita, o fanatismo, o embuste e a impostura? Oh Céus! que horror se me depara aos olhos lá para o longe! que negra nuvem prenhe de tempestades assoma lá pelos confins do nosso horizonte!... Mas não, não: as trevas não triunfarão da luz: o império da razão e da ciência não perecerá. Ali está o Anjo defensor, que a providência nos enviou. Astro central do sistema social brasileiro deixará ele firme, tranqüilo e majestoso em seu posto a cada um dos planetas mover-se livremente na sua órbita, segundo sua natural gravitação e tendência, segundo sua força e sua massa especial, mas não consentirá aberrações tão excêntricas que transformem e destruam a máquina geral do sistema, criação da inteligência e da sabedoria"[211].

O império do saber aparece, assim, indissociável do império político. Dentro da lógica mais geral da ofensiva médica, é conferido à homeopatia um papel de pe-

209 *ibidem*.

210 *ibidem*, p. 71.

211 *ibidem*.

rigo para as instituições vigentes. A harmonia das esferas de poder, garantida pelo monarca, impõe um limite à liberdade civil: a gestão da vida pública em matéria de saúde, para além dos princípios de livre trânsito e organização dos interesses sociais, não pode ficar à mercê da representação política. Ameaçada, a medicina ameaça com a destruição possível da ordem social e, chamando o soberano à responsabilidade, põe a Câmara sob suspeição: "Não, não duvideis: eles (os deputados) são prudentes e não darão ao mundo civilizado o triste espetáculo de pôr no seu país ao lado da magistratura médica legal e nacional outra espúria e particular, sem laços alguns que a liguem aos interesses do Estado e ao progresso geral da inteligência do mundo culto. Eles bem sabem que se caírem nesse erro, cedo virá pelas mesmas razões e princípios pôr-se uma magistratura espúria jurídica ao lado daquela que está sendo o lustre da Nação, e que é o sustentáculo e a verdadeira e legítima intérprete dos direitos de toda a grande associação brasileira"[212].

A Academia vai enfatizar, em suas publicações, o caráter político e ilegal da homeopatia, criticando a inoperância e corrupção dos poderes públicos. A situação na província de São Paulo dá margem para que essas críticas ganhem corpo: "Parece incrível que *autoridades*, a cujo cargo está o velar pela mantença das leis, como fiel e exato cumprimento de seus deveres, tolerem e o que é mais, protejam a ousadia de todo e qualquer charlatão, a quem apraz zombar dessas mesmas leis — enganar os povos — e locupletar-se à custa da fortuna e vidas de incautos e inexperientes. Parece incrível, enfim, que, em quase toda a província, a lei de 3 de outubro de 1832 seja cousa sem valor e como não existente; porque de outro modo não existiria ali uma aluvião de médicos estrangeiros curando e exercendo a arte sem que hajam cumprido o preceito da lei"[213].

A presença em Campinas de um tal Gaspar Laroche, que se dizia formado pela Universidade de Paris, faz correr a notícia de que ele "longe de ter a instrução, maneiras polidas e costumes severos de um verdadeiro médico, era pelo contrário completamente leigo, desabrido e grosseiro em seu trato, e dado em extremos a *vícios* que a moral reprova"[214]. Tal figura, cujo comportamento tão manifestamente a contrapunha à do médico autêntico, recebe, contudo, o favor de notáveis locais: "Para logo os *amigos da novidade* se erigiram em seus protetores, sendo, entre outros, seus estrênuos defensores o *bacharel* Francisco d'Assis e o *capitalista* José Francisco Xavier dos Santos. Altivo de tão descomunal proteção, Laroche foi por diante em sua tarefa. Funda uma casa de saúde, de parceria com um outro charlatão por nome Frederico Sauvages; abre um curso, ou escola homeopática, para onde correm logo jovens incautos a matricularem-se; e como se isto não fora bastante, torna-se também pregador do *comunismo!* Cumpria pôr um freio a tanta ousadia"[215].

A resposta da verdadeira medicina não se faz esperar, na pessoa de um médico de prestígio na localidade, que arrasta o charlatão "perante a autoridade policial, como infrator da lei de 3 de outubro, sendo por isto condenado. Seus protetores tratam logo de modificar a sentença, apelando para o juiz de direito, o qual ou por ignorância ou por patronato protelou o negócio sem nada decidir. No entanto, Laroche trata logo de obter uma licença da *Câmara Municipal* para continuar

212 *ibidem.*

213 "O charlatanismo na província de São Paulo, tolerado e protegido pelas autoridades", *in Annaes de Medicina Brasiliense,* volume 4, nº 4, 1848, p. 98.
214 *ibidem,* p. 99.
215 *ibidem.*

a curar, sob promessa de apresentar seu diploma daí a 60 dias, que até hoje, vai para seis meses, ainda não acabaram de correr; e a *Câmara Municipal* lhe concede mal e indevidamente!"[216].

Por fim, a Câmara Municipal e o juiz de direito unem-se contra o médico acusador para processá-lo. A Academia não perde, então, a oportunidade de elevar sua crítica até o governo provincial: "E como é que o governo supremo da província tolera e consente tão grande escândalo? Como é que se não tem mandado responsabilizar essa Câmara tão ignorante e tão pouco respeitadora da lei? Como é, enfim, que se não tem reprendido áspera e severamente o comportamento desse juiz de direito mais v... que ignorante? Acaso um dos órgãos da imprensa da província não tem por tantas e tão repetidas vezes denunciado esse escândalo? Perde-se-nos a imaginação no meio de tantas hipóteses altamente desfavoráveis ao sr. presidente de São Paulo"[217].

A situação é calamitosa, não apenas no interior mas na própria capital. Uma correspondência de São Paulo exemplifica a penetração da homeopatia na cidade: "Há um boticário que, tendo deixado a sua ocupação, deu agora em introduzir glóbulos homeopáticos na boca dos doentes, ou fazê-los chuchar vidrinhos d'água fria (...). Há um francês, por nome Jacobot, com diploma de Mure, que dava chícaras de café com leite aos fregueses do hotel Pharoux, lá nessa Corte, e que aqui hoje aplica glóbulos homeopáticos (...). Há um lente do curso jurídico que, do alto da cadeira do magistério, prega aos discípulos não as doutrinas do *direito-torto* mas sim as vantagens e a excelência do sistema homeopático"[218]. Ao que comenta a redação dos *Annaes*, selecionando o inimigo principal: "Basta de narrar tanta

216 *ibidem.*
217 *ibidem*, nº 10, 1849, p. 247.
218 *ibidem*, nº 11, 1849, p. 272.

miséria e tanta infâmia. Um lente do curso jurídico pregando tais blasfêmias como se na cidade de São Paulo não houvesse médicos formados!"[219].

Na verdade, a homeopatia alastrava-se pelas províncias do Império. Diante desse quadro, os médicos aprontam-se para agir diretamente sobre o governo central. Este encomendara à Academia, desde 1846, um projeto de lei de saúde pública. A discussão de tal projeto, no âmbito interno da associação médica não chegara a bom termo. A necessidade de reforçar o controle sobre o exercício da profissão, levou a comissão encarregada de formular o ante-projeto a propor medidas que foram vistas como restabelecimento de um tribunal privativo da classe, à maneira da Junta do Proto-Medicato. Os membros da Academia se dividiram. Cruz Jobim, contrário à proposta da comissão, argumenta em sessão de 3 de setembro daquele ano: "O projeto cria um tribunal médico e estabelece um juízo especial e privativo a uma classe, o que sendo contrário à constituição do Estado, que proscreve os juízos privativos, iria fornecer razões para ser rejeitado, e para uma censura clamorosa e desabrida contra nós que a propuséssemos. Melhor é que renunciemos à idéia de estabelecer um tribunal judiciário e criminal de médicos a título de se punirem infrações de lei de saúde pública e polícia médica; e que nos contentemos com um conselho consultivo, constituindo-nos na condição de subsidiários das autoridades a quem incumbe velar na observância das leis (...)"[220].

O liberalismo da lei de 28 abolira as atribuições judiciárias da autoridade médica. Era necessário, então, levar em conta o quadro constitucional e investir com energia, mas com prudência, em direção a uma posição central no esquema de poder. Um passo a mais nessa

219 *ibidem, p. 273.*
220 "Discussão do projeto de lei de saúde pública", *in Annaes de Medicina Brasiliense*, volume 3, nº 4, 1846, p. 70.

direção é dado em 1849. É o que nos revela uma representação da Academia ao Imperador, em julho daquele ano. A Academia, lastimando sua impotência — "balda de autoridade, força e meios capazes de poder lograr o fim que ela tanto deseja, pura e simplesmente limitada ao direito, que ora a traz perante o Trono Augusto de Vossa Majestade Imperial!"[221] —, aborda no documento dois objetos: a saúde pública e a profissão médica. É este último que aqui nos interessa: o texto reduz os abusos no exercício da profissão aos praticados pelos homeopatas com conivência do próprio governo.

A associação médica lamenta ter sido outorgada permissão para que a Escola Homeopática distribua certificados: "Aqui o abuso tem subido, desde que um dos anteriores governos de Vossa Majestade Imperial, entendendo, ou antes, sofismando a lei de 3 de outubro de 1832, permitiu que uma congregação de indivíduos pela maior parte indoutos, constituindo uma espécie de conciliábulo — a que denominam incompetentemente de medicina homeopática — pudesse conferir certificados de aproveitamento àqueles que diziam ser seus discípulos"[222].

O proceder do governo e a astúcia dos homeopatas concorrem para creditar a nova doutrina junto ao povo, antes apegado às leais tradições. A homeopatia integra um plano de subversão da ordem que, em princípio, vai além das fronteiras da medicina, confundindo-se com os intentos de um desenfreado liberalismo: "Tudo isto, Senhor, acabou por matar todas as antigas crenças do povo de ordinário incauto e imprevidente contra a

221 "Representação a S. M. o Imperador acerca das infrações das leis de saúde pública e dos abusos na profissão médica", *in Annaes de Medicina Brasiliense*, volume 4, nº 12, 1849, p. 276.
222 *ibidem*, p. 278.

fraude dos mais espertos — crenças fundadas na sabedoria de séculos, e recebidas de seus maiores quase que como uma tradição religiosa. Era a cruzada das idéias revolucionárias da época contra tudo quanto era legítimo símbolo de ordem — era a dissolução premeditada de tudo quanto a legislação sábia e previdente opunha à liberdade sem limites, que se queria inaugurar no Império de Santa Cruz. Felizmente para a sociedade, a propaganda só pode lograr em parte seus intentos no campo que primeiramente escolhera — as instituições médicas"[223].

Diante da ineficácia da legislação sobre o assunto, legislação já por si imperfeita, cuja aplicação fica na dependência de autoridades incompetentes ou venais, a Academia solicita seja-lhe concedido poder de legislar, em caráter provisório e de acordo com o sistema institucional em vigor:

"1º — Que enquanto o Corpo Legislativo não decreta uma lei de saúde pública, que abranje nesta parte todas as necessidades que sofre o Império, seja a Academia Imperial de Medicina do Rio de Janeiro autorizada a formular um regulamento provisório em harmonia com as leis que vigoram e capaz de remediar os danos que atualmente prejudicam a saúde dos habitantes da capital do Império.

2º — Que esse regulamento depois de aprovado pelo governo de V.M.I. seja adotado interinamente com toda a força das leis de que ele dimanar"[224].

Durante todo o período, a medicina social vai identificar a homeopatia ao charlatanismo e privilegiar, dentre as múltiplas formas deste, a doutrina e a ação homeopáticas, seguindo duas orientações complementares. A primeira é a de invalidar, pela propaganda através da imprensa especializada, uma doutrina absurda,

223 *ibidem*.
224 *ibidem*, p. 279.

acompanhada de práticas ridículas, que se apresenta, junto ao povo, como força médica e política de obscuras intenções subversivas: anacronismo no plano do conhecimento — a condição estacionária e improgressível em que coloca a ciência, constituindo-a com o caráter de dogma e de seita[225] — a homeopatia é parte, no plano político, de um ruinoso projeto de inovação. A segunda é a de combater, através de recursos legislativos e judiciais os agentes homeopáticos, prejudiciais à saúde do corpo social e à própria ordem política do Império.

Neste sentido, os esforços do movimento médico oficial serão coroados pela criação da Junta de Higiene. O capítulo IV do regulamento da Junta, sobre o exercício da medicina, afirma em seu artigo 25 que "ninguém pode exercer a medicina ou qualquer dos seus ramos sem título conferido pelas Escolas de Medicina do Brasil, nem pode servir de perito perante autoridades judiciárias ou administrativas ou passar certificados de moléstias para qualquer fim que seja". Trata-se, portanto, de um controle ainda mais restrito de que o da lei de 1832. Ele exige além disso, nos artigos 28 e 29, que médicos, cirurgiões, boticários, dentistas e parteiras apresentem seus diplomas aos órgãos encarregados de saúde pública em cada província para receberem um visto, sem o qual o exercício de todos os ramos da medicina não seria lícito.

O significado desta ação limitadora do exercício da medicina, que restringe ao médico o poder sobre a saúde, poder este adquirido através de adestramento e demonstração de competência, é percebido em todas as suas implicações pelos homeopatas. Demonstra-o o protesto de João Martins, "um charlatão", publicado em 1852 sob o título sintomático de "Brado Popular acerca do Regulamento de 27 de setembro de 1851, intitulado Da

225 Cf. "Relações com o governo e suas consultas", *op. cit.*, 1847, p. 72.

Junta de Higiene Pública". Seu tom panfletário e prolixo deixa, entretanto, à mostra uma argumentação precisa: o objeto da higiene é conservar a saúde. Ora, ordenar que, perdida a saúde, só se possa restabelecê-la sendo as enfermidades tratadas pelos doutores que obtiveram cartas das Escolas de Medicina do Brasil não é objeto de higiene, mas de outro ramo médico para o qual não foi criada a comissão. Ninguém de agora em diante poderá tomar um cristel sem que seja receitado por algum doutor. Ninguém poderá ser sepultado sem atestação de professor. A conclusão aparece claramente: o Regulamento não fala de saúde. Mostra o ódio às doutrinas homeopatas. É uma inquisição em matérias médica e só foi escrito para dilatar a influência e o interesse da classe médica.

Figura pejorativa ao nível moral, político e científico, o charlatão é o obstáculo que se tem de remover para que a medicina social se assegure o controle perfeito, interno à sua profissão e externo da sociedade.

Medicina, taticas e focos de poder

Vemos assim como é a partir de 1829, com a criação da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, que se forma o espaço cultural da medicina brasileira, quando os médicos, lutando em duas direções convergentes, elaboram o conteúdo da medicina social e traçam os planos de sua implantação na sociedade, como também defendem o controle da formação e do exercício médicos, opondo-se ao que chamam de charlatães.

Um historiador da Sociedade de Medicina salienta o papel gerador que ela representou com relação à me-

dicina brasileira: "A Academia, instituída no período inicial da organização social da nossa pátria, foi contemporânea de toda essa fase transformadora das ciências médicas. Naqueles tempos, todos os problemas da higiene pública, o estudo das epidemias reinantes, a indicação dos meios de as prevenir e curar, o registro demográfico-sanitário, os assuntos de interesse profissional e pedagógico, as discussões médico-legais, os debates sobre os casos clínicos, os pronunciamentos sobre questões de exercício da profissão, os problemas de deontologia e ética médica, tudo isso era de lá que saía (...)"[226]. E segundo Alfredo Nascimento, depois isso foi se deslocando da Sociedade para os aparelhos especializados.

O que é importante e merece ser investigado é a natureza desse deslocamento, pois é justamente ele que consolida o novo tipo de presença da medicina na sociedade que aqui está sendo caracterizado pela medicina social. Ele é o resultado da luta empreendida pelos médicos da primeira metade do século XIX — e representada sobretudo na Sociedade de Medicina — para elaborar e impor a "medicina política".

Para compreendê-lo, partamos de uma relação que aparece claramente nos discursos da época: a da medicina com o Estado. "Constituída em corpo científico, a Sociedade se tornará uma guarda vigilante da Saúde Pública e oferecerá nas ocorrências difíceis apoio ao governo, assinalando as causas que ameaçam a Saúde Pública, traçando regras de conduta na invasão e marcha das epidemias, propondo leis sanitárias em harmonia com o estado atual dos conhecimentos médicos, com as relações comerciais dos povos, e as Instituições Constitucionais do Brasil"[227].

226 Alfredo Nascimento, *O centenário da Academia Nacional de Medicina do Rio de Janeiro*, 1929, p. 222-223.
227 "Estatutos da Sociedade de Medicina do RJ", *Semanário de Saúde Pública*, nº 5, 1831, p. 25.

Coloca-se nesse texto a necessidade da medicina para se controlar a saúde da população. Mas coloca-se também a relação entre medicina e Estado: a Sociedade oferece ajuda a este, salientando o saber que autoriza e legitima sua aceitação como orientadora, assim como a necessidade de uma vigilância constante para que se possa manter a saúde pública. O Estado, esclarecido e guiado pelas luzes médicas, pode transformar o caos em calma.

Mas a Sociedade de Medicina não é, imediatamente após o pedido, aprovada pelo governo; isto só acontece em 1830, demora atribuída ao receio do Imperador de, em um clima de oposição política, ver aparecer uma sociedade conspiratória. O papel de assessoria ao Estado é enfatizado, tentando-se mostrar o caráter científico e não político da associação.

Do mesmo modo que os médicos criticam os charlatães por não possuírem uma racionalidade científica e obterem sucesso apelando para a imaginação e fantasia, iludindo o povo e representando perigo para a ordem, a Sociedade de Medicina opõe a política, baseada nas paixões, na não-ciência, à sua vocação de neutralidade indispensável à resolução de problemas de saúde, à manutenção da ordem social. A medicina se oferece ao Estado como instrumento de paz, luz, tranqüilidade. Ao se colocar como descobridora da natureza, ela se coloca como neutra, já que seus princípios são as verdades da imutabilidade. A partir deles, se chegará à perfeição da sociedade sem paixão.

Se a medicina se oferece ao Estado, ela também precisa de sua ajuda, já que seu objeto fundamental não é especificamente a doença. Relacionando a doença com as condições de sua produção, encontradas no meio ambiente — o que acarreta o conhecimento físico e social da cidade e a ação sobre o espaço urbano — a medicina não pode dispensar o apoio e a garantia do Estado.

Embora o Ministro do Império já figure desde 1829 como seu presidente honorário, a relação com o Estado se consolida em 1835, quando a Regência oferece à Sociedade sua transformação em Academia Imperial de Medicina, que é aceita pelos seus membros: "As sociedades científicas, industriais, econômicas, são símbolos de civilização (...). É tempo de mostrar que a civilização da Europa penetrou no nosso país, que se naturalizou nele, e que prospera melhor que no país natal (...). O governo, que conhece melhor que o povo as suas necessidades, vendo que já éramos capazes de formar uma instituição desta ordem pelo que fez a Sociedade de Medicina, a converteu numa Academia (...). O governo quis despertar uma louvável e nobre emulação entre os homens da arte e obrigá-los por ele a novos esforços"[228].

Esta mutação constitui aceitação, pelo governo, de suas proposições e objetivos. A série de epidemias a partir de 1832 deve também ter influído. Além disso, a medicina caracteriza-se pelo seu discurso de ordem: discurso propício no momento, pois 1835 é ano de grande violência da Cabanagem, do início da guerra dos Farrapos, de eleição para regente uno. Caracteriza-se não só por ser discurso de ordem, mas por ser uma prática de ordenação, de documentação, de registro.

Esta passagem para Academia acarreta modificações nos estatutos, que mostram a intensificação das duas tendências já presentes na Sociedade: aumento da relação com o Estado, aumento do controle interno. O Tesouro Público subvenciona anualmente a Academia através do Ministério do Império — fundos esses utilizados para sustentação de um periódico, prêmios e outras despesas —, fiscaliza sua conta corrente de receita e despesa, aprova seu regulamento, tem poder de rejeitar a candidatura de um novo membro honorário.

Correlativamente a esse movimento que reforça a relação com o Estado, intensifica-se o controle interno sobre os membros: os que faltam às sessões são multados; os que não cumprem as funções de que foram encarregados não podem ocupar cargos por quatro anos; os que passarem atestações falsas, fornecerem substâncias que provoquem aborto ou derem conselho para tal fim, tiverem conduta depravada, serão excluídos; os que não pagarem as mensalidades por um ano também serão excluídos. Para prevenir abusos é necessário, além das punições, uma seleção na entrada: um candidato é eleito por 2/3 dos membros após apresentação e julgamento de uma memória. Mesmo assim, de acordo com os estatutos, são rejeitados sem discussão, e portanto não podem ser admitidos, médicos, cirurgiões e farmacêuticos que tenham afixado nos lugares públicos, ou divulgado pela imprensa, anúncios sobre curas que praticaram ou sobre a distribuição e venda de remédios secretos não submetidos previamente ao exame e aprovação da Academia ou de uma Faculdade de Medicina do Império. Este é o comportamento do charlatão, possuidor de um saber secreto, que dá margem à publicidade da cura maravilhosa. A este mecanismo, a medicina se opõe: seu saber não é secreto, mas coordenado, normalizado, independente de seus portadores. A medicina é ensinada não através de pactos, mas através de gradual aprendizagem. Cada charlatão fecha-se com seu saber, cada médico é examinado constantemente em seu saber.

Nesta época, entretanto, os médicos ainda estão longe não só de conseguir a medicalização da vida social que já é formulada em seus discursos, mas inclusive de deter o próprio controle da higiene pública. É que a grande ofensiva da medicina brasileira começara a pou-

228 Joaquim Cândido Soares de Meirelles, "Discurso recitado na Academia Imperial de Medicina", *in Diário de Saúde*, 1935, p. 231-232.

co, no momento em que as Câmaras Municipais receberam, com o desaparecimento da Fisicatura, o encargo da saúde pública.

A extinção da Fisicatura é vista pelos médicos como uma medida ambígua. Por um lado a Fisicatura, recém-abolida, representa um tipo de poder médico não defendido por aqueles que estão à frente do movimento reformador por expressar o domínio português que procurou bloquear o desenvolvimento da própria medicina no Brasil. Sua destruição significa a quebra, ao nível da medicina, de um estado de arbitrariedade. A Fisicatura é arbitrária e ineficiente e merece, por isso, ser destruída.

Mas, por outro lado, ela representa um poder especificamente médico que legisla, executa e julga os infratores. Sua destruição deixa desamparada a classe médica que não mais dispõe de um órgão supremo de direção encarregado não só de controlar internamente o exercício da profissão, como também a higiene pública. As Câmaras Municipais terem assumido as atribuições da Fisicatura é, neste sentido, interpretado pelos médicos como uma usurpação de poder .

Nascem daí três táticas médicas. Sempre que possível as Câmaras Municipais são denunciadas por sua incompetência, por constituírem um saber leigo, isto é, não médico e portanto incapaz de refletir sobre a saúde, e um poder frágil, incapaz de fazer cumprir a legislação sanitária.

Já em 1829 o dr. Meirelles critica a competência da Câmara em matéria de higiene pública: "A polícia médica é nome vão no seio de uma Câmara que reclama regulamentos sanitários. Uma Sociedade de Medicina poderia impedir a marcha vacilante das administrações nas epidemias e importação de moléstias contagiosas. Não existe código sanitário, lazareto. Vemos a ruína dos

hospitais, a falta de estabelecimentos de caridade e lugares de consultas gratuitas para os pobres"[229].

Pode-se também salientar o protesto de um Ministro do Império, José Lino Coutinho, médico, membro da Sociedade, diretor da Faculdade de Medicina, que, em 1832, condena que as Câmaras "compostas de homens leigos em medicina" controlem a higiene e propõe a criação de comissões de saúde pública nas províncias.

Plácido Barbosa cita uma crítica de José Inácio Borges, de 1835, que ilustra bem a posição dos médicos: "a abolição da Provedoria-mor de Saúde, aliás necessária pelo desleixo em que havia caído e abusos praticados pelos seus agentes, que só se ocupavam de seus interesses individuais, deveria ser substituída por outra instituição que exclusivamente se empregasse em vigiar sobre esse importante ramo da pública administração; mas, em lugar de assim fazermos, entregamos às Municipalidades um semelhante encargo e apenas nos contentamos com um regulamento policial para os navios que entram em nossos portos, deixando quase em abandono a cura dos males que se fomentam no solo que habitamos e que de certo não são de menor risco do que aqueles que hão de chegar às nossas praias"[230].

Críticas semelhantes podem ser encontradas em todos os principais representantes da Sociedade de Medicina. O fundamental é que se ressalta a incompetência das Câmaras: elas não são aptas para elaborar ou executar um sistema sanitário completo. Isto porque, para tal, há necessidade de um saber especializado, ou seja, um saber médico. Se os médicos não defendem a

229 Joaquim Cândido Soares de Meirelles, "Ofício do presidente da Sociedade de Medicina dirigido a Sua Excelência o Sr. Ministro do Império, remetendo-lhe a petição dos membros, o catálogo destes e os estatutos da Sociedade para obter de Sua Majestade Imperial a aprovação da mesma." 7 de julho de 1829; *in Semanário de Saúde Pública*, 1831, p. 21-22.

230 *op. cit.*, p. 51-52.

Fisicatura por esta representar os abusos do poder cego, não aceitam a autoridade da Câmara em matéria de polícia médica pois esta também é um poder cego, não porque arbitrário, mas porque destituído de saber e incapaz de ação permanente, já que é uma administração temporária e eletiva.

Assim, durante todo o tempo em que as Câmaras estiveram responsáveis pela saúde pública, os médicos criticaram o direito dos governos municipais de se encarregarem da polícia médica. Mas, paralelamente a esta, sempre existiu uma segunda tática: a assessoria teórica ao poder das Câmaras.

Logo depois de formada, a Sociedade de Medicina envia para as Câmaras Municipais do país um ofício em que oferece "suas luzes e conselhos"[231] "sobre os objetos de saúde pública"[232], acompanhado dos seus estatutos, programa e oração inaugural[233]. Através deste ato, a Sociedade tenta tornar-se conhecida e colocar-se como possibilidade de recorrência em qualquer caso referente à saúde pública; procura tornar-se local de onde jorra o saber sobre a saúde, de onde saem as orientações para as medidas a serem tomadas pela administração municipal; procura criar um espaço para sua atuação, apresentando às Câmaras sua vontade de assessoria e a necessidade de aceitação da oferta.

231 Ofício da Câmara Municipal de São Paulo à Sociedade de Medicina, 5 de agosto de 1830, *in Semanário de Saúde Pública*, nº 26, 1831, p. 132.

232 Ofício da Câmara Municipal de Ouro Preto à Sociedade de Medicina, 30 de julho de 1830, *in Semanário de Saúde Pública*, nº 26, 1831, p. 131.

233 Na sessão de 3 de agosto de 1833, a Sociedade de Medicina aprova um pedido para que "o governo mande imprimir gratuitamente o jornal da Sociedade na Imprensa Nacional, fornecendo-lhe a Sociedade um número de exemplares suficiente para ser por ele distribuído pelas Câmaras Municipais do Império, a fim de se propagarem por este modo as luzes médicas", *Revista Médica Fluminense*, maio de 1835, nº 2, p. 8.

No seu jornal, a Sociedade publica algumas respostas (das Câmaras de Ouro Preto, São Paulo, Paraíba do Norte, Desterro, Goiás, Porto Alegre, Natal, Oeyras do Piauí, Mato Grosso, Rio de Janeiro), provando a acolhida favorável por parte das Câmaras Municipais quanto à assessoria — que é eventual — e à aprovação da Sociedade: "a Câmara Municipal aceita e agradece o precioso oferecimento que a dita Sociedade lhe faz"[234]; "a mesma Câmara Municipal bem certa do patriotismo e luzes de tão distinta como sábia Sociedade, não deixará de se aproveitar dos seus conselhos e conhecimentos em tudo o que respeita à saúde pública"[235].

A tática de assessoria, portanto, é um dado desde a formação da Sociedade: ela é oferta que tem como objetivo criar demanda dentro da administração municipal, fazer com que esta procure e concretize as orientações fornecidas pela Sociedade. Os pareceres feitos a pedido da Câmara do Rio de Janeiro sobre febres, epidemias, estabelecimento de fábricas de tabaco, curtume, cemitério de irracionais, casa de saúde, etc., são exemplos de uma tática através da qual a Sociedade procura influir na administração da cidade. O objetivo é tornar esta administração dependente do saber médico e de sua proposta de organização da cidade em tudo que diz respeito à saúde.

É por isso justamente que não podemos pensar o período em que as Câmaras foram responsáveis pela saúde pública como uma quebra na implantação da medicina social ou como a existência de uma higiene desmedicalizada. A Sociedade de Medicina é a principal responsável pela elaboração de toda a legislação sanitária da época. Por isso, inclusive, os médicos não vêem

234 Ofício da Câmara Municipal de Goiás, 28 de agosto de 1830, *in Semanário de Saúde Pública*, 1831, 30, p. 156.

235 Ofício da Câmara Municipal do Rio de Janeiro, 5 de julho de 1830, *in Semanário de Saúde Pública*, 1831, nº 19, p. 97.

sentido nesta divisão de trabalho, reivindicando para um órgão médico o exercício da polícia médica, enquanto protestam contra a Câmara. O que a medicina social nascente não pode aceitar é — ela que reivindica a exclusividade e o monopólio do saber sobre a saúde — não ter o poder de preservação da saúde da sociedade; é essa inadequação entre saber e poder.

Além de criticar e assessorar, a Sociedade de Medicina realiza uma terceira tática: penetrar na Câmara e agir no seu interior; procurar continuidade da orientação médica em relação à administração municipal através da presença de médicos na Câmara como vereadores, presença considerada importante pelos membros da Sociedade.

Esta terceira tática mostra que a relação da medicina com o aparelho de Estado — no caso, a Câmara — não deve ser de exterioridade, ou seja, de definição do lugar médico como diverso do lugar político. Desde sua formação, a Sociedade de Medicina colocou a necessidade, para a realização de seu projeto, de difundir sua presença, de atuar no interior de lugares que fazem parte do Estado. A Sociedade não deve constituir-se como limite da ação médica: esta precisa existir e falar no interior das instâncias que decidem, regulamentam e ordenam.

Na sessão de 12 de agosto de 1841 da Academia de Medicina foram lidos dois ofícios enviados pela Câmara Municipal:

"Ofício do Secretário da Câmara Municipal desta Corte, participando que, estando a cargo da mesma Câmara, em virtude da lei que aboliu a Fisicatura-mor do Império, todas as atribuições desse tribunal, e que sendo impossível que sem a existência de um corpo médico possa ela desempenhar aquelas atribuições, não tendo até hoje conseguido que diversas comissões médicas que tem nomeado aceitem trabalhos de tanto comprometimento, ficando a saúde pública dos habitantes deste

município entregue à ambição de especuladores tanto no que diz respeito a medicamentos como sobre outras substâncias, a mesma Câmara, em sessão do 4 do corrente nomeou o seu vereador Antonio Felix Martins para de acordo com a Academia à qual ele se dirigirá para esse efeito, organizar um projeto que preencha as necessidades públicas sobre tão importantes objetos, a fim de ser levado ao Corpo Legislativo por intermédio do governo, rogando por isso a Câmara Municipal à Academia para que se digne adjuvá-la em um objeto tão importante"[236].

"Ofício do mesmo secretário participando que tendo a dita Câmara deliberado reformar o seu Código de Posturas e devendo nessa reforma ter muito em vista tudo quanto diz respeito à salubridade do Município, nomeou o seu vereador Antonio Felix Martins para de acordo com a Academia a que se dirigirá para esse efeito, indicar quais os objetos que são perniciosos à saúde pública, lembrando igualmente os meios que ocorram para extirpar os abusos a tal respeito praticados, rogando portanto à Academia para que haja de a coadjuvar em objeto tão importante"[237].

Em 24 de julho de 1849, o vereador Cândido Borges Monteiro faz uma proposta à Câmara Municipal:

"Senhores, a par dos charlatães que infestam o país, outros especuladores enchem todos os dias os jornais com pomposos anúncios acerca de remédios, cuja eficácia uma vez demonstrada e admitida, provada ficaria a imortalidade do homem (...). À vista disso nem um de vós se deixará convencer que um abuso horrível mata a sociedade, em despeito da lei e da autoridade (...). Se o que existe a respeito (da legislação) não é completo, alguns benefícios teria apesar disso colhido o

---

236 *in Revista Médica Brasileira*, volume 1, nº 6, outubro de 1841, p. 320-321.
237 *ibidem*, p. 321.

país, se na poeira do armário se não tivessem deixado enterradas algumas disposições legais (...) que, posto não preenchem o fim que deve atingir uma boa administração municipal, todavia alguns benefícios teriam produzido se rigorosamente tivessem sido observados.

"Em conclusão, senhores, cumprindo prover de pronto tão palpitante necessidade, tenho a honra de apresentar-vos as duas seguintes propostas, que tomareis na consideração que julgardes em vossa sabedoria:

1 — a Câmara Municipal declara desde já multados em 30$rs. todos os fiscais que consentirem que alguém cure, parteige ou venda remédios sem os requisitos da lei, bastando para que se torne a multa efetiva a apresentação de qualquer fato de contravenção feito perante ela ou por ela reconhecido.

2 — a Câmara se dirigirá com urgência ao governo pedindo-lhe se digne ordenar à Academia Imperial de Medicina desta Corte que organize um código que regule o exercício da medicina e desde já proponha tudo quanto julgar conveniente para impedir o charlatanismo, a fim de que a Câmara, transformando o que for de acordo com a legislação vigente em posturas suas, as ponha o quanto antes em execução"[238].

Existe um pedido de ajuda à Academia para que esta dê orientação para a Câmara poder cumprir suas funções. Será que esta presença vem ocupar um espaço vazio ou mal preenchido, mas existente desde épocas passadas, imemoriais? Esta demanda, quem as formula?

Tomemos o caso dos vereadores Antonio Felix Martins e Cândido Borges Monteiro, figuras dos textos transcritos acima: — Antonio Felix Martins, barão de São Felix: formado pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, professor desta Faculdade, membro honorário da Academia Imperial de Medicina, sócio do Instituto

238 *in Annaes de Medicina Brasiliense*, volume 4, nº 12, junho de 1849, p. 281.

dos Farmacêuticos, membro da Comissão Central de Higiene Pública, membro da Junta de Higiene Pública, cirurgião da Guarda Nacional, Inspetor do Hospital Marítimo de Santa Isabel, Provedor de Saúde do porto, médico da Imperial Câmara, do Conselho do Imperador, grão-mestre honorário do Grande Oriente Unido do Brasil, membro do Conselho diretor de Instrução Pública, comendador da Ordem da Rosa e cavaleiro da de Cristo, sócio do Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro, vereador e presidente da Câmara Municipal do município neutro[239].

— Cândido Borges Monteiro, visconde de Itaúna: cirurgião formado pela Academia médico-cirúrgica, doutor pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, médico da Imperial Câmara, parteiro da Imperatriz, membro titular da Academia Imperial de Medicina, presidente da Comissão Central de Higiene Pública, Grande do Império, do Conselho do Imperador, dignatário da Ordem da Rosa e comendador da de Cristo, vereador da Câmara Municipal do Rio de Janeiro e presidente desta Câmara (período 1848-1851), deputado provincial em 1850 e geral em 1853, senador pela província do Rio de Janeiro, ministro da Agricultura, Comércio e Obras públicas[240].

Estas biografias-exemplo indicam uma resposta para a questão da existência ou não de uma demanda imemorial relativa à medicina como orientadora e como fundamento da administração municipal: esta demanda é histórica, apareceu e se configura em determinado momento; a incapacidade da administração é, em grande parte, criada pela nova definição que a medicina fornece de sua presença e atuação na sociedade, pela

239 Cf. Sacramento Blake, *Dicionário Bibliográfico Brasileiro*, volumes 1, p. 157.

240 *ibidem*, volume 2, p. 28.

tentativa de nela penetrar, fabricando uma nova sociedade, guiada por novos princípios. Nesta tentativa de difusão, a presença na Câmara Municipal adquire importância. Presença que não se restringe a ela, como demonstram Antonio Felix e Cândido Borges, médicos-políticos que estão em diversos locais, percorrendo o aparelho de Estado e permitindo que se estabeleça um diálogo a partir de uma infinidade de pontos.

Para que a assessoria oferecida às Câmaras Municipais se traduza em prática efetiva, a Sociedade recorrerá às mais altas instâncias do governo. A Sociedade é o lugar de enunciação de um discurso rigoroso sobre a saúde, elaborado por homens de ilustrado saber e capazes, por isso mesmo, de intervir racionalmente nos modos de vida da população urbana. Tão vasta empresa de conhecimento, que deve em princípio cobrir todo o território nacional, não pode prescindir do concurso dos aparelhos político-administrativos do Estado: só eles podem garantir a presença médica na sociedade. Desde sua fundação, a Sociedade de Medicina persegue o objetivo de reforçar suas articulações com o Estado. Se a medicina se coloca a serviço do Estado, ela exige, em contrapartida, que este se deixe instrumentalizar. Cabe à rede administrativa levantar dados e colher observações que sejam transmitidos à Sociedade; deve permitir, ainda, que a Sociedade proceda diretamente a tais levantamentos, através, por exemplo, de seus sócios correspondentes. De posse de tais dados, a associação médica emite pareceres que indicam medidas concretas de saúde pública. Estes devem orientar a ação governamental tanto a nível local quanto nacional. O trajeto do conhecimento positivo à intervenção transformadora passa necessariamente, no entender dos médicos, pelos aparelhos de Estado, admitida a hierarquia de poder que vai do governo central às Câmaras Municipais, como fato objetivo que prescreve limites à ação médica.

É na perspectiva de instrumentalização do poder de Estado que se compreende a pressão exercida pela Sociedade junto ao Secretário dos Negócios Interiores. Ela enfatiza a imprescindível colaboração dessa instância superior para a realização dos objetivos da associação médica, em sua ação sobre os municípios: "A Sociedade de Medicina desta Corte, querendo por quanto couber nas suas forças, preencher os fins de sua instituição (...) me incumbe o honroso cargo de fazer presente à V. Ex. que ela não pode desempenhar perfeitamente, e com acerto, esta sublime e difícil tarefa, sem que proceda em tudo com prévia indagação e conhecimento dos objetos sobre os quais haja de pronunciar o seu juízo, e lembrar reformas e providências adequadas. E como esta indagação depende da cooperação indispensável das autoridades públicas dos lugares aonde elas hajam de fazer-se, e sobretudo das informações exatas e dados instrutivos que estas possam administrar para o dito fim; torna-se conveniente, e até necessário, que o governo dê as ordens e providências competentes para que as ditas autoridades, e principalmente as dos diferentes municípios, e as que administram hospitais, se prestem de bom grado, e coadjuvem a Sociedade e os seus delegados nos negócios relativos à saúde pública, fornecendo-lhes as informações que pedirem para seu esclarecimento e franqueando-lhes a entrada nos estabelecimentos públicos sujeitos à sua direção, a fim de que se evitem quaisquer dúvidas e inconvenientes que sirvam de obstáculo, e transtorne ao zelo e bons desejos da Sociedade"[241].

A esta representação da Sociedade responde o governo ordenando que a instituição se dirija diretamente aos órgãos municipais, o que está de acordo com o novo regimento das Câmaras: estas não se encontram

241 Luiz Vicente de Simoni. "Ofício dirigido à S. Excia. o Sr. Ministro do Império", 22 de julho de 1830, *in Semanário de Saúde Pública*, 1831, nº 16, p. 85.

sob imediata direção do governo central, mas gozam de relativa autonomia administrativa[242]. A administração da saúde pelas Câmaras é um obstáculo que irá, por muito tempo, obsedar o espírito dos médicos, preocupados em transformar a rede de relações políticas legalmente constituídas em campo perfeitamente permeável ao projeto de intervenção normalizadora.

Baseada em comunicação de um habitante da vila de Macacu, a Sociedade vai encontrar, na situação política criada com a exasperação das febres naquela localidade, a oportunidade de mostrar ao governo central as reais dificuldades que enfrenta ao lidar — como órgão autônomo de uma categoria profissional — com os organismos locais de governo.

Uma considerável quantia foi levantada, por subscrição pública, para combater a moléstia, tendo-se decidido que seria utilizada na construção de um hospital. O mal grassa "geralmente com notável mortandade e graves danos dos habitantes, os quais faltos de recursos necessários e, principalmente, dos que a arte pode fornecer por mãos hábeis, infelizmente perecem, vítimas da ignorância, desleixo, abandono e miséria..."[243]. No entanto, desavenças entre os membros da Câmara local impedem que se faça uso daquela subscrição, "sofrendo, por causa de tais dissidências, a humanidade e a nação, a qual perde muitos de seus membros, que poderiam ser úteis"[244]

A Sociedade elaborara um parecer indicando modos de combate às febres, mas encontra, no conflito entre interesses locais, um primeiro obstáculo à sua ação. A

242 Cf. "Carta do Secretário dos Negócios Interiores à Sociedade de Medicina", 20 de novembro de 1830, *in Semanário de Saúde Pública,* 1831, nº 32, p. 163-164.

243 "Ofício dirigido ao Ministro dos Negócios do Império sobre a continuação e exasperação das febres da vila de Maçacu, noticiada por carta do sr. Manoel de Valladão Pimentel", *in Semanário de Saúde Pública,* 1831, nº 47, p. 227-228.

244 *ibidem.*

crítica ao mau desempenho da Câmara se estende ao próprio governo central: "Acresce a isso que apesar de ter a Sociedade expendido várias e salutares medidas para prevenir e combater a enfermidade que atormenta e destrói aquelas povoações, não só nenhuma destas tem por ora sido posta em prática, nem recomendada pelas autoridades, como também não foi por ora enviada a estas pelo governo o parecer, em que a Sociedade os expendeu, o qual já se acha impresso por ordem do mesmo governo, tendo ele, pelo que consta, sido somente posto à venda e anunciado nas folhas públicas; resultando deste modo de publicação chegar o mesmo unicamente ao conhecimento dos curiosos e dispostos a gastar e a terem o incômodo de o comprar de mui longe"[245].

A deficiência e morosidade das comunicações, a desorganização administrativa e os interesses políticos dificultam a penetração da racionalidade médica na população através dos instrumentos legais de poder. A Sociedade exige que "com toda a solicitude própria de um governo patriótico, sejam dadas as providências necessárias para se porem em prática as medidas já aconselhadas pela mesma Sociedade, que forem atualmente exequíveis, facilitando-se o conhecimento e a aplicação delas pela remessa que convém fazer-se do mencionado parecer, e em certo número de exemplares às Câmaras Municipais, a fim de que estas não só o aproveitem para si como também o distribuam a seus respectivos facultativos e às famílias que por sua influência e instrução possam colher e derramar pelo povo os preceitos que ele encerra"[246].

Na verdade, o princípio de autonomia administrativa das Câmaras em questões de higiene não satisfaz a Sociedade: ela não pode, sob pena de ineficácia, dei-

245 *ibidem.*

246 *ibidem.*

xar de levar em consideração o modelo político de organização do Estado e agir em conseqüência. O conflito de interesses locais entre os membros de uma Câmara demonstra que, na prática, estes não estão em condições de representar os verdadeiros interesses de uma população doente e miserável. Tais interesses são revelados e defendidos pela medicina. A gestão dos problemas relativos à saúde da população não se inscreve no campo das liberdades políticas: ela decorre de um saber que os representantes da ciência médica monopolizam. Para além das possíveis convicções liberais de seus membros, o modelo de gestão do corpo social que a Sociedade preconiza vai constrangê-la a uma ação direta sobre o poder central, como um dos instrumentos capazes de tornar viável a intervenção médica. É basicamente através do Estado, a partir dos organismos centrais da administração, que devem difundir-se, por todo o tecido social, as práticas higiênicas que instauram um campo próprio de poder, para aquém das legalidades formais, campo este demarcado por um saber ao mesmo tempo universal e especializado. Nesse sentido, a medicina enfrenta, em sua tática de assessoria, problemas que coloca objetivamente, ao nível político-institucional, sua prática de intervenção, levando-a a procurar manipular os instrumentos institucionais de poder disponíveis. Mas encontra, nesse percurso, obstáculos à perfeita circularidade de conhecimento e ação que a integrariam, como autoridade pública, no funcionamento ideal dos mecanismos de controle da vida social.

No início de suas atividades, a Sociedade encontra os mesmos obstáculos ao pretender assessorar o governo a nível nacional. Defendendo interesses supremos da nação, a que os governantes nem sempre respondem, a Sociedade representa um saber universal, fundado em observações que, recolhidas em todas as partes do mundo civilizado, devem ser transmitidas a ela para que possa planejar a ação governamental: "A Sociedade de Medicina desta Corte, um de cujos fins principais é colher luzes nos vários ramos da ciência médica, de todas as partes do mundo instruído, para as propagar no seu seio, e deste, pelos seus jornais e correspondências por todo o Império, tem, com sua grande mágoa, sido estorvada nas suas empresas, tendentes a este fim, em razão das dificuldades e embaraços que se opõem à sua pronta e regular correspondência com os sábios e sociedades científicas estrangeiras: isto principalmente por não haver nos portos e mais lugares onde chegam as recíprocas comunicações, pessoas que as recebam e dirijam por canal competente e seguro para o seu destino"[247].

Para contornar tal situação, a Sociedade solicita ao governo imperial a utilização de seus agentes diplomáticos: "Nestas circunstâncias a mesma Sociedade, persuadida de que o fito da dita sua correspondência é todo dirigido ao bem do Estado, cuja instrução médica tende a aumentar, julga que todos os mencionados inconvenientes cessarão, logo que o governo de Sua Majestade Imperial se digne autorizá-la a dirigir as suas comunicações pelo intermédio dos respectivos cônsules e mais agentes diplomáticos, ordenando o mesmo governo que estes não só hajam de receber e dirigir as ditas comunicações, obras e jornais científicos para o seu destino fora do Império, como também outras que a eles sejam enviadas pelos sábios ou sociedades estrangeiras, para serem remetidos à Sociedade Médica desta Corte"[248].

Para alcançar tal objetivo, a Sociedade lançará mão de poderoso argumento: a ameaça de transmissão ao país do cólera que atinge a Europa. Esta é a oportunidade

[247] "Ofício da Sociedade de Medicina ao Secretário dos Negócios Interiores," *in Semanário de Saúde Pública*, 1832, nº 125, p. 437-438.
[248] *ibidem*.

para que ela proponha um modelo de ação preventiva a nível governamental, interessando a nação inteira. A Sociedade mostra ao Estado as razões de Estado que motivam sua solicitação: "Esta medida, tornando certa e regular a correspondência da dita Sociedade, não só favorecerá o progresso e a propagação da ciência neste país, como também poderá prestar outro grande serviço à saúde pública, na época atual, em que um terrível flagelo morboso, que já tem devastado uma grande parte do velho mundo, ameaça invadir o nosso hemisfério e exige a pronta comunicação dos conhecimentos e descobertas que diariamente se fazem, ou podem fazer, relativamente a ele e aos meios de o prevenir e combater"[249].

Temendo o cólera-morbus em nosso hemisfério, presente já na América do Norte, pressiona o governo para que efetive, com urgência, as medidas, indicadas, tanto no que se refere à prevenção em território nacional quanto à intensificação da correspondência internacional sobre a peste, através da diplomacia brasileira. O perigo externo serve para reforçar a necessidade de medidas de salubridade que, mesmo independente dele, devem ser tomadas: "A Sociedade, referindo-se ao seu parecer enviado à Câmara dos Deputados, e por esta remetido ao governo, assim como, no que respeita à polícia médica, ao relatório de sua Comissão de Salubridade Geral, sobre as causas que infeccionam a atmosfera desta capital, me incumbe lembrar a V. Excelência que é da maior urgência e necessidade que algumas das medidas, indicadas nos ditos pareceres, sejam desde já postas em prática, especialmente as que dizem respeito às comissões de salubridade, casas de socorro, ambulâncias, hospitais e cemitérios, a fim de que o mal não apanhe a todos desprevenidos, e com seu rápido e violento furor não chegue a fazer imensos estragos,

249 *ibidem.*

antes de que se tenham tomado as providências necessárias, coisa mui difícil de efetuar-se com acerto e proveito no meio da pressa, confusão e terror. A Sociedade crê que uma das causas que tem concorrido poderosamente para abrandar os efeitos do cólera em Paris, foi o grande cuidado com que já tudo estava disposto para receber o flagelo, muitos meses antes de que ele se apresentou. Ela pois espera que este exemplo será aproveitado pela solicitude do governo" [250].

A imprudência administrativa e a deficiência de comunicações dificultam uma eficaz assessoria médica e levam à crítica, velada ou aberta, não do regime político mas do seu ainda precário funcionamento. O cólera oferece o motivo para que a Sociedade articule os planos interno e externo ao nível do Estado, advertindo-o da necessidade de tornar disponível à ação médica os seus instrumentos de execução, em nome dos interesses nacionais.

Tanto a nível local como nacional, a Sociedade irá defrontar-se com as formas institucionais de poder, procurando, não sem ambigüidades e conflitos, integrar-se nelas e contribuir, através de seu projeto de normalização, para uma real eficácia dessas formas de exercício político.

Não é portanto unicamente em relação às Câmaras Municipais que se situam os médicos do século XIX que defenderam e impuseram o novo estilo de medicina característico de nossa modernidade. As táticas utilizadas nesta luta se repetem com relação aos vários níveis de funcionamento do aparelho de Estado. A posição de instituição médica encarregada de promover tanto a defesa e legitimação de um tipo específico de saber sobre

250 L. V. de Simoni, "Ofício ao Secretário de Estado dos Negócios do Império," de 20 de setembro de 1832, *in Semanário de Saúde Pública.*

o ensino e o exercício da "arte de curar", como o conhecimento e o controle de tudo que diz respeito direta ou indiretamente à saúde da cidade e de sua população faz da Sociedade de Medicina o instrumento principal desta relação com o Estado, que sem dúvida se afigura como fundamental para que os objetivos da nova medicina pudessem não só ter eficácia mas até adquirir possibilidade de formulação.

A relação com o Estado não é algo fortuito, lateral ou secundário dentro do projeto de constituição da medicina social. As medidas de controle social que decorrem da própria essência de seu tipo de racionalidade colocam esta presença na estrutura do Estado como uma exigência indispensável a seu funcionamento. O que implica, por outro lado, o conhecimento — e neste sentido os médicos elaboram uma verdadeira teoria do Estado — de que as estruturas centrais de poder não podem dispensar sua instrumentalização com saberes regionais, como o da medicina, para que o próprio exercício do poder político se torne viável. Não pode haver dicotomia entre medicina e Estado; a ação de uma não começa aonde a do outro acaba. Não há justaposição. Como também não se trata de apropriação. Não é o instrumento científico e neutro da medicina que, oferecendo-se a uma ação governamental, seria utilizado segundo uma perspectiva ideológica deformadora de seu núcleo de racionalidade.

O que se passou no Brasil foi outra coisa. A partir do instante em que se esboça a constituição de saber médico sobre a sociedade, desde que se inventariam, com o objetivo de normalização, os componentes do espaço urbano, o objeto da medicina adquire uma dimensão de totalidade; o que é passível de intervenção da medicina passa a não possuir fronteiras no interior da vida social. Medicalização da sociedade que aparece como uma evidência, em suas dimensões globais, na afirmação de José de Goes Siqueira a respeito

da higiene: "com efeito, quem ignora que diante do espantoso desenvolvimento das ciências, das artes e da indústria, a higiene em tudo intervém, estudando as instituições, explorando todas as regiões sociais, em cujos recessos penetra, de modo que, inteirando-se dos costumes, das práticas e paixões dominantes, julgue e aquilate as modificações, as influências físicas e morais, que a civilização em sua acelerada e progressiva marcha acarreta e introduz?" [251].

E se não se ignora que a medicina em tudo intervém, é preciso não esquecer que um dos campos privilegiados de sua intervenção é o aparelho de Estado. A um novo tipo de objeto, uma nova modalidade de ação. E neste sentido, agindo junto ao Estado com o objetivo de intervir na sociedade pelo e para o Estado, a medicina se insere no movimento que fará do Estado brasileiro uma realidade bastante diferente do que tinha sido a administração portuguesa no que diz respeito ao governo das populações e ao controle dos indivíduos.

É assim que os médicos que estão à frente deste movimento de inserção da medicina em todos os recônditos da sociedade observam nitidamente uma inadequação entre o seu projeto e o modo de atuação dos organismos estatais, o que podemos ver concretamente no que diz respeito à questão da saúde dos povos. Daí o duplo aspecto do debate dos médicos com relação ao Estado: assessoria e crítica. Confronto de seus saberes e de suas formas de atuação. Modo, para a medicina, de desqualificar a maneira como se exerce a ação governamental em matéria de saúde e de apresentar não só soluções específicas a problemas surgidos — como a constante presença de epidemias — mas também, fundamentalmente, um novo estilo de exercício político

---

251 José de Goes Sequeira, *Higiene Pública*, p. XII.

que seja apto para dar conta do objetivo de manutenção ou mesmo de estabelecimento do bem-estar social.

Mas é importante salientar que, como no caso das Câmaras Municipais, as táticas médicas de crítica e assessoramento aos órgãos de Estado não se exerceram unicamente de fora do aparelho central de governo, em instituições propriamente médicas como as sociedades, os jornais e as faculdades de medicina: em vários casos elas foram formuladas nos próprios órgãos de governo por médicos-políticos que concretizaram a penetração nestes organismos como a terceira tática da ofensiva da medicina, que inclusive aumentou assustadoramente a eficácia das duas outras.

Podemos notar, por exemplo, que quando o médico Cândido Borges Monteiro foi presidente da Câmara Municipal da Corte elabora um relatório dos quatro anos de atividades, período de 1849-1853, que contrasta extraordinariamente com os elaborados nos períodos anteriores pela quantidade de informações, variedade dos aspectos abordados, minúcia das análises — inclusive com realização de tabelas e quadros por freguesia, indicando nome e número de ruas, praças, becos, travessas, número de casas de sobrado, assobradadas, térreas e de negócio, fazendo também o levantamento de número e natureza dos negócios, fábricas e oficinas existentes em cada rua — mas ainda mais fundamentalmente pela maneira como critica a própria Câmara no que diz respeito ao exercício da polícia municipal pelos fiscais, à deficiência da lei de 1828, à relação entre a Câmara e outras instâncias do governo, à impossibilidade de assegurar a continuidade das medidas, à falta de unidade de comando, à ausência de registros municipais.

Uma nova racionalidade administrativa, homogênea ao tipo de funcionamento da nova medicina, começa a emergir na esfera do Estado, para o que, sem dúvida, os médicos deixaram a sua contribuição. Pre-

sentes na Câmara dos Deputados ou no Senado, muitos deles prolongaram a política de saúde das instituições propriamente médicas, sobretudo nas comissões de saúde pública. Outro cenário, mas abrigando os mesmos personagens, onde o político e o médico se fundem nas figuras de Paula Cândido, Cruz Jobim, Goes Sequeira, como se pode ver pela sessão de 5 de setembro de 1850 da Câmara dos Deputados, que discutiu o projeto do Senado sobre salubridade pública em que, citando como exemplo os abusos da homeopatia, chega-se a defender a Fisicatura com o objetivo de criticar as Câmaras Municipais. Crítica que durante toda esta época não se restringe a esse nível local, mas é generalizada à toda a administração, como acontece no discurso de Goes Sequeira na sessão de 7 de julho de 1855: "Entendo, Sr. presidente, que em objetos como a saúde pública — e que são por certo da maior importância (apoiados) — não é bastante que se indiquem, que se aconselhem providências e que se transmitam ordens, é necessário sim que as medidas ou providências aconselhadas sejam realizadas pelas autoridades competentes (apoiados), de outra forma é o mesmo que nada e nenhum benefício colhe o público!"

É importante assinalar, no entanto, a existência de uma dissimetria entre a crítica que fazem os médicos às Câmaras Municipais com relação às outras instâncias governamentais. Isso porque os médicos nunca aceitaram, como vimos, que os encargos de saúde pública tivessem passado de um órgão médico para uma administração leiga e eletiva, sem saber e sem capacidade para realizar a polícia sanitária da cidade. E se as Câmaras se davam como órgãos mais administrativos do que políticos, em termos de saúde pública o confronto era inevitável com a medicina social que reivindicava uma administração da saúde que fosse ao mesmo tempo médica e política. Por isso a tática da crítica visa, neste caso, a mostrar a inadequação entre Câmara e

polícia de saúde, que só tem sentido enquanto polícia médica. Enquanto que, no que diz respeito às outras instâncias, a crítica se dirige às dificuldades de assessoria e às deficiências e ineficiências da prática do exercício político.

Na própria época esteve presente a questão dos médicos como uma esperança de transformação do aparelho político. Para o Dr. J. A. S., em carta ao redator da revista da Academia Imperial de Medicina, os médicos no Parlamento são esperanças malogradas [252]. Ao mesmo tempo em que nunca a classe médica teve tantos membros na representação nacional, paradoxalmente nunca houve época "mais calamitosa" e "mais prejudicial e retroativa à mesma classe como a em que nos achamos", como se pode ver pelo ensino na Faculdade, "completamente anarquizado", pela saúde pública que, por estar "nas mãos de qualquer um", permite que lavre "o mais feroz e ousado charlatanismo", pelas corporações de saúde do exército e da armada que são anacrônicas, pela Academia Imperial de Medicina que embora criada para auxiliar o governo, definha e anuncia seu próximo fim, etc. Portanto, nada fizeram os médicos em favor de sua classe, ou porque silenciaram ou por terem-se entregues "inteiramente às mesquinhas questões políticas", errando não só porque foi sua profissão que lhes deu nomeada e assim possibilitou que fossem eleitos, como fundamentalmente porque "concorreram para que *outra classe* (...), aproveitando-se desta culposa indiferença, continue a proclamar e propalar que em geral o médico é o menos apto, senão muito impróprio, para legislar".

252 "Os médicos no Parlamento — Esperanças Malogradas" *in Annaes de Medicina Brasiliense*, vol. 4, nº 4, outubro de 1848, p. 75-77.

A resposta da revista é imediata: "Os médicos no Parlamento — Esperanças bem fundadas" [253]. Concorda que é a legislatura que tem maior número de médicos no Parlamento como também ser aquela a época mais calamitosa para a classe médica. Argumenta para provar que esta contradição não se deve aos médicos, analisando todos os casos apontados pela crítica e afirmando que não são responsáveis por certas deficiências, que se esforçam para conseguir várias transformações, como também que estas devem ser votadas "com muita calma de espírito". Critica a dicotomia estabelecida pelo missivista entre medicina e política, só vendo elogios para o fato de os médicos se ocuparem de questões políticas, perguntando se "por serem médicos não devem se intrometer nos negócios vitais de seu país". O paradoxo não se deve aos médicos, mas se explica pelo fato deles serem poucos no Parlamento a terem que lutar contra muitos obstáculos. E um deles é justamente esta "outra classe" que consideraria o médico incompetente na esfera política e que a resposta explicita em termos belicosos ao afirmar que "oito médicos não podem arrostar a *judico-cracia* que aflige o país". Afirmação da heterogeneidade do modelo médico e do modelo jurídico e da relevância do primeiro para a realização e idealização do projeto normalizador dos mecanismos de poder do Estado moderno. Daí a confiança do conselho final do redator: "tenha paciência e poderá dizer conosco: realizam-se enfim nossas esperanças bem fundadas".

Se a luta dos médicos teve como uma de suas metas tomar parte na construção de um novo Estado, esse objetivo porém não é único e até certo ponto é parcial: não se pode falar de univocidade de direção

253 *Annaes de Medicina Brasiliense*, volume 4, nº 5, novembro de 1848, p. 101-104.

da batalha médica, fundamentalmente multifacetada. Para medicalizar a sociedade não basta a ação da Sociedade de Medicina, que é apenas uma das instâncias disseminadoras deste projeto; não basta também fazer do Estado uma destas instâncias pois, antes de ser a origem de todas as iniciativas, ele é aparelho que as apóia, absorve, legaliza. É preciso que existam focos múltiplos de poder homogêneos ao projeto médico e que, articulados, contribuam para a construção de um novo Estado e de uma nova sociedade.

Penetrar em outras instituições — como a Sociedade Auxiliadora da Indústria Nacional e o Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro — adquire então importância estratégica; ao lado de políticos, militares, religiosos, de atuação marcante na época, vários membros da Sociedade de Medicina estão presentes, demonstrando que há a percepção de que não é suficiente lutar pelo Estado e no Estado: importante é lutar em diversas frentes que, articuladas, transformarão um projeto em realidade.

Além de penetradas pelos médicos, estas instituições apresentam um sonho de espaço social em tudo semelhante ao formulado por eles: configuração percorrida em sua totalidade por um olhar sábio e ávido de informações que não encontra obstáculos à sua penetração e articulada nos seus extremos e nas várias linhas que o entrecruzam.

A Sociedade Auxiliadora é criada em 1827, tendo como objetivo principal "vulgarizar os conhecimentos úteis à lavoura e às demais indústrias nacionais" [254]. Para realizar esta tarefa, a Sociedade se propõe a inventariar o que existe — progresso e decadência da agricultura, novas descobertas, melhoramentos de processos, produtos preciosos e raros, tempo de plantações e colheitas,

[254] José da Silva Paranhos, discurso *in Sessão aniversária da Sociedade Auxiliadora da Indústria Nacional*, 1867, p. 17.

criação e cruzamento de gados, etc. — e disseminar novos princípios de produção. Dentro de sua ação progressista, coloca-se a importância da organização de uma estatística do Império, devido "à imensa utilidade que esses sucessivos inquéritos da população e de seus produtos têm para a polícia, governo e administração dos povos. É outro grito da civilização atual — a organização das estatísticas oficiais — oficiais porque só as cem mãos do governo, a sua autoridade e seus recursos podem vencer os embaraços que a população ignara soe opor a tais investigações, chamar a um centro esta multidão de elementos dispersos a executar o trabalho de sua classificação, apuramento" [255]. A importância deste objeto fêz com que ela criasse, em 1854, a Sociedade Estatística do Brasil. A Sociedade Auxiliadora, portanto, se propõe a conhecer, intervir e promover mudanças. Assim como a Sociedade de Medicina, ela pressiona para que seja constituído um Estado fundado em saberes especializados e capaz de se estender articuladamente por todo o território nacional.

Em 1838, a Sociedade Auxiliadora funda o Instituto Histórico: "sendo inegável que as letras, além de concorrerem para o adorno da sociedade, influem poderosamente na firmeza de seus alicerces, ou seja pelo esclarecimento de seus membros, ou pelo adoçamento dos costumes públicos, é evidente que em uma monarquia constitucional, onde o mérito e os talentos devem abrir as portas aos empregos, e em que a maior soma de luzes deve formar o maior grau de felicidade pública, são as letras de uma absoluta e indispensável necessidade, principalmente aquelas que, versando sobre a história e a geografia do país, devem ministrar grandes auxílios à pública administração e ao esclarecimen-

[255] *ibidem*, p. 15.

to de todos os brasileiros" [256]. Nota-se a preocupação em dar à sociedade uma base verdadeira porque sábia, em "educar" tanto o governo quanto a população: homogeneidade portanto em relação à Academia de Medicina.

Mas em outro nível também existe homogeneidade: o objeto é a sociedade no que diz respeito à história e à geografia; o conhecimento é construído através da coleta de informações provenientes de todo o território nacional, reunidas por um organismo central situado no Rio.

Tanto o Instituto Histórico quanto a Sociedade Auxiliadora pretendem ser centrais que, através de sócios espalhados no Brasil e de contatos no mundo, construam o saber nacional e articulem todo seu espaço através de uma ramificação que penetra por todos os lugares, visíveis e não visíveis. Realizando um grande inventário nacional, elas estão ao mesmo tempo criando condições para que possa existir um funcionamento articulado do país; procurando dar homogeneidade à heterogeneidade; unificando o disperso.

A presença médica nelas é portanto significativa, dada a convergência de projetos: trata-se de conhecer, o que permite com que a medicina utilize estas instituições como fonte de informação; trata-se de construir um espaço social que funcione como uma máquina, que possua trilhas que o cortem em todas as direções, facilitando a circulação e a comunicação; trata-se de transformar a sociedade e o Estado. Estas instituições não médicas são também frentes de luta.

A medicina social, portanto, é necessariamente política. O que não significa que ela seja um contra-poder ou um poder paralelo. Ela é política tanto pelo modo

256 "Breve notícia sobre a criação do Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro", *in Revista do Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro*, 1839 ,nº 1, p. 5.

como intervém na sociedade e penetra em suas instituições, como pela sua relação com o Estado. Ela precisa do Estado para realizar seu projeto de prevenção das doenças da população. Sem instrumento de poder próprio ela é ineficaz e vã. E, ao mesmo tempo, ela é útil ao Estado por ser um instrumento especializado capaz de assumir com ele e por ele as questões relativas à saúde, trazendo-lhe o apoio de uma ciência. E a medicina social nascente, lutando por sua hegemonia no Estado, se desenvolve juntamente com a idéia de centralização política, participando assim da própria luta pela constituição de um Estado centralizado no qual ela figuraria através de um órgão especializado.

Epílogo

Inúmeras epidemias atacaram o Rio de Janeiro desde 1828, como as febres chamadas de Macacu que duraram até 1835, atingindo a cidade do Rio e as povoações de Estrela, Irajá, Magé, Porto das Caixas, Meriti, Pilar, Pavuna, Macaé, Iguaçu, Campos e Santos. Citam-se também epidemias de varíola (34-35), gripe (35), febre tifóide (36), sarampo (34-35), febre amarela (28, 39-40), etc. [257], sendo apontadas como provas de inércia da Câmara Municipal. Em todo caso, parece ter sido uma epidemia a responsável pela nova orientação que será dada à organização da higiene pública no Brasil. Trata-se de uma forte epidemia de febre

257 Cf. a análise destas epidemias feita pelo dr. Sigaud em *Du climat et des maladies du Brésil*, 1844, p. 170-214.

amarela que mata mais de 4 mil pessoas e de que os primeiros casos aparecem em dezembro de 1849.

O Ministério do Império, não esperando pela Câmara, assume o comando da saúde pública e, não dispondo de órgão próprio para isso, pede à Academia Imperial de Medicina a elaboração de um plano para combater a epidemia. O resultado são as "Providências para prevenir e atalhar o progresso da febre amarela, mandadas executar pelo Ministério do Império por aviso desta data". Este aviso de fevereiro de 1850 é um plano detalhado de combate à peste que aumenta incrivelmente o controle sobre os indivíduos e a vida da cidade. Em face do perigo, não só possível, mas já atuante, as medidas higiênicas são exacerbadas a tal ponto que toda a vida da cidade é organizada em função da destruição da doença epidêmica.

A peste é como que a oportunidade que têm os médicos de demonstrarem a eficácia das medidas pelas quais a medicina social sempre lutou ou pelo menos de encenarem todo seu dispositivo de esquadrinhamento e disciplina do espaço urbano [258]. 1850 parece ser o ano do combate decisivo. O momento em que a morte parece desafiar o descaso, a tolerância, a frouxidão da polícia sanitária. E a possibilidade dos médicos, triunfando sobre a morte, mostrarem quem deve ter a responsabilidade da preservação da saúde da população das cidades.

Eis os elementos constitutivos da polícia médica reativada neste momento:

1 — Existência de um órgão dirigente da saúde pública. A primeira medida governamental é a nomeação, por aviso de 5 de fevereiro, de uma Comissão Central de Saúde Pública encarregada de coordenar o combate à epidemia [259].

2 — Esquadrinhamento urbano: divisão da cidade em paróquias e destas em distritos; criação das Comissões Paroquiais de Saúde Pública compostas de subdelegado, do fiscal e de três médicos. Tática, portanto, de ocupação do terreno indispensável ao exercício local do controle sanitário.

3 — Assistencialismo. Serviço de assistência gratuita aos pobres: médico, remédios, dietas, recolhimentos de mendigos.

4 — Inspeção sanitária. As comissões visitarão periodicamente os navios, mercados, prisões, hospitais, conventos, colégios, oficinas, quartéis, teatros, estalagens, matadouros, cavalariças, cocheiras, cemitérios, igrejas, etc. estabelecimentos passíveis de transmitir a doença, com o objetivo de velar pelo seu bom estado sanitário. Esses estabelecimentos públicos, as casas particulares, as praças, ruas, valas e esgotos devem ser conservados no maior asseio, caiados, lavados e fumigados.

5 — Fiscalização do exercício da medicina, cirurgia e farmácia.

6 — Registro médico. Acúmulo de informações que vai da base à cúpula. Relatório dos médicos e dos hospitais, sobre a marcha da epidemia e o tratamento para as Comissões Paroquiais que, por sua vez, elaboram a estatística mortuária e um relatório semanal para a Comissão Central. A ação médica produz um melhor conhecimento do fenômeno e esse saber empírico possibilita à medicina planejar melhor o seu combate.

---

[258] "Uma epidemia mortífera é o campo de batalha do médico", José Martins da Cruz Jobim, *Passatempo Escolástico* Rio, 1847, p. 33.

[259] Comissão composta de oito membros da Academia Imperial de Medicina, de um professor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e do presidente da Câmara Municipal, o médico Cândido Borges Monteiro. Cf. José Pereira Rego, *Esboço Histórico das epidemias que têm grassado na cidade do Rio de Janeiro desde 1830 a 1870*, 1872, p. 56.

Deste modelo sai a Junta de Higiene Pública. Tendo a epidemia quase desaparecido, pelo fortalecimento das medidas de polícia médica, mas temendo-se sua volta no próximo verão, cria-se, para dar continuidade de maneira rigorosa aos serviços de saúde pública, uma Comissão de Engenheiros e uma Junta de Higiene Pública. Seu regulamento sai em 20 de setembro de 1851 e a transforma em Junta Central de Higiene Pública. Tem como objetivo a inspeção da vacinação — antes realizada por duas instituições que agora lhe foram incorporadas —, o controle do exercício da Medicina e a polícia sanitária da terra, que engloba a inspeção dos alimentos, farmácias, armazéns de mantimentos, restaurantes, açougues, hospitais, colégios, cadeias, aquedutos, cemitérios, oficinas, laboratórios, fábricas e, em geral, todos os lugares de onde possa provir dano à saúde pública, conforme pode-se ler no artigo 48 de seu regimento.

Como se podia esperar, dado o pouco pessoal de que é composta — cinco membros, que acumulavam outras atribuições, um contínuo e um servente — suas extensas funções, a falta de unidade de seus serviços e a falta de recursos, a Junta não resolve os problemas de saúde pública. Mas, embora não tenha destruído as epidemias, ela marca uma nova etapa na organização da higiene pública no Brasil. É essa forma que será mantida durante o século XIX, com uma pequena mudança, em 1886, quando uma reforma dos serviços sanitários transforma a Junta em Inspetoria Geral de Higiene, dela separando, como órgão autônomo, que de fato já era, a Inspetoria Geral de Saúde dos Portos. Ambos, órgãos médicos.

Mesmo tendo sido débil em sua função de prevenir as doenças, não terá a medicina social vencido sua batalha política?

CAPITULO 2

NADA DO QUE É URBANO LHE É ESTRANHO

Por uma medicina sem fronteiras

É um novo tipo de medicina que nasce e, pouco a pouco, se delineia com clareza na trajetória histórica que analisamos. Transformação radical operada no âmbito da medicina, que diz respeito tanto a suas formas de conhecimento — atingindo seu objeto, método e conceitos básicos — quanto a seu modo de intervenção. Mas, como é natural, não se realizou repentinamente. Foi, portanto, necessário seguir historicamente os principais momentos que marcaram a emergência e o desenvolvimento deste tipo novo de medicina, através da

luta pela implantação de uma nova modalidade de participação na vida social. Analisemos agora, de modo sistemático, o significado deste acontecimento.

A característica mais geral desta transformação é o fato de a medicina se tornar social. A prática médica não deve mais se restringir a considerar a doença isoladamente, como uma essência independente, e a atuar sobre ela depois que tenha eclodido. O fundamental será, não a ação direta sobre a doença para restabelecer a saúde, mas, antes de tudo, impedir o seu aparecimento, controlar sua manifestação. O objeto da medicina começa a se deslocar, portanto, da doença para a saúde.

A intervenção médica visa não somente a curar um paciente depois que foi atingido pela doença, mas a dificultar ou mesmo impedir que esta apareça. Uma medicina da saúde é necessariamente uma medicina das causas das doenças, o médico vigilante devendo atuar para proteger os indivíduos contra tudo o que, no espaço social, pode interferir no seu bem-estar físico e moral.

A inserção do indivíduo no social, a necessidade de conhecer o meio e agir sobre ele para proteger o indivíduo, não significa que a medicina sai do seu campo próprio de ação ou reivindica essa participação através de tarefas laterais que venham se justapor à essência do pensamento e da prática médica. O encargo do social diz respeito ao médico enquanto médico e porque é médico, atinge o essencial de sua profissão e de sua formação. A medicina social é basicamente uma medicina preventiva. No momento em que, pela primeira vez, se pensa em prevenção e se organiza um dispositivo para realizá-la, a medicina situa as causas da doença não no próprio corpo doente, mas naquilo que o cerca, em sua circunvizinhança, no meio ambiente.

Os médicos da época demonstraram ter plena consciência da transformação que se processava, ao definirem a medicina como uma ciência social, ou como uma ciência política. Se isso, por um lado, assinala a transformação do seu objeto, por outro, explicita o feito de a ciência médica incorporar em sua conceituação e seus métodos a aquisição de outras ciências. É assim, por exemplo, que o dr. Sigaud, afirmando que a medicina adquire nova dignidade ao se entregar a indagações estatísticas, carateriza este novo saber como sendo o da "estatística médica", explicita seu objeto e o relacionamento com as ciências que lhe servem de base [260].

A medicina é uma ciência de observação que, para produzir conhecimento, deve relacionar-se com ciências como a geografia, geologia, história, economia, etc. O que leva Sigaud a aproximar a medicina do "novo descobrimento" realizado pelos viajantes europeus. Assim como os historiadores, geógrafos e naturalistas, em viagens pela América Latina, observam o clima, as leis, os costumes e a vida social, "com o auxílio destes luzeiros pode-se, sem receio, percorrer o vasto campo de observação, que perante vós se patenteia, investigar fenômenos da natureza com o espírito exato e severo e procedendo ao exame geológico, físico e médico desta bela parte do globo, começar a substituir a verdade a ficções enganadoras e lançar as bases de uma obra verdadeiramente filosófica" [261].

Se esta inspiração da medicina nos métodos e conhecimentos de físicos, geólogos e geógrafos pode dar a impressão que ela é mais uma ciência natural que social, a definição elástica e englobante da estatística — esclarecer o estado da sociedade, o solo, o clima e as populações — mostra como natural e social não so-

[260] J. F. X. Sigaud, *Discurso sobre a estatística médica do Brasil, lido na Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro,* sessão pública de 30 de julho de 1832.
[261] *ibidem,* p. 4.

mente são justapostos, mas que o natural conduz necessariamente à análise do social e este, ao objeto último e fundamental da medicina, que é o homem, tematizado não só como individualidade, mas também como população vivendo em sociedade. As diversas características do clima, como a atmosfera e o calor, são responsáveis por tipos específicos de doenças. Mas o homem não é escravo do clima, não se limita a sofrer sua influência; age também sobre ele, modificando o solo, como no caso da mineração e da agricultura. Se a medicina estuda o clima, ela "compreende no estudo da climatologia tudo aquilo que liga de novo ao globo a história do desenvolvimento das sociedades humanas, os recursos de sua civilização, de sua indústria e as causas de suas relações e de suas diferenças" [262].

O estudo da população dá significado a este novo saber sobre o homem. "Numerai essas classes industriosas (...), segui a ascensão progressiva da população desde a era da independência, contai as raças variadas de africanos reclamos pela agricultura, explorai a vida selvagem dessas tribos de índios (...)" [263]. Morbidade e mortalidade formam a pedra angular do edifício estatístico-médico. Descrevem-se as moléstias endêmicas, epidêmicas e esporádicas. Calcula-se a taxa de mortalidade entre brancos, negros e índios. Correlacionam-se doença e raça, classes ou regiões. Compara-se a cidade com o campo.

É todo um plano de trabalho a ser aplicado, minucioso inventário do positivo e negativo, das potencialidades e perigos, das riquezas e misérias tanto na natureza quanto na sociedade. Esquadrinhamento paciente e total do físico e do moral que começa a despertar o continente da apatia e da ignorância e situa a medicina como modelo de saber adequado a um novo tipo

[262] *ibidem*, p. 5.
[263] *ibidem*, p. 12.

de sociedade. "(...) aqueles que primeiro no continente da América do Sul desprenderam-se desse repouso letárgico, pela maior parte pertencem à honra da classe dos médicos.

"A profissão médica tornando-se desta vez a vanguarda da civilização, despiu a linguagem, as formas e os costumes do passado (...)" [264].

A medicina social, portanto, representa um novo tipo de conhecimento sobre o homem. Saber polivalente na medida em que o tematiza do ponto de vista físico e moral, mas que, por isso mesmo, não se limita a seus contornos, prolongando-se, através de sua relação com o meio, na análise da natureza e da sociedade. Conhecimento empírico que, fazendo parte do levantamento das condições sócio-econômicas do país, utiliza o instrumental conceitual das ciências de observação na realização de um grande inquérito sobre o estado de saúde das populações. A questão da saúde não tem fronteiras, porque é aspecto obrigatório de qualquer investigação científica. Se o ponto de vista da medicina implica um olhar localizado, detentor de um saber específico e estruturado, por outro apropria-se também de um tipo de conhecimento que lhe era estranho e que agora será um dos responsáveis por sua transformação.

Do mesmo modo que o indivíduo é absorvido e integrado como elemento em um saber que passa a ter como principal objeto a população e sua relação com o meio natural ou social, ele é também relativisado como sujeito de conhecimento. O que se compreende facilmente a partir da relação singular da medicina social com as coordenadas espacio-temporais. Dar conta do estado de saúde de um povo, caracterizar epidemias e endemias são objetivos que trazem a marca do relativo, do provisório, do efêmero. O conhecimento que observa, inventaria e analisa está, mais do que qualquer outro,

[264] *ibidem*, p. 19.

subordinado ao tempo e ao espaço. Por um lado, é um conhecimento singular, individualizador, que percorre o território, palmilhando o terreno em busca da preventiva localização do perigo: seus limites são geográficos. Por outro lado, é conhecimento datado, incompleto, que deve sempre ser refeito, continuamente reatualizado: é essencialmente histórico.

Essas características trazem como conseqüência o anonimato do sujeito de conhecimento, que não é mais uma individualidade reconhecível, mas um conjunto de observadores qualificados, espalhados pelo país e coordenados por organismos centrais. Sujeito coletivo que produz conhecimento a partir de observações realizadas durante o próprio exercício da medicina em hospitais, consultas privadas ou viagens médicas, retomadas e analisadas, ao nível mais geral e englobante, por sociedades médicas, faculdades, jornais de medicina, etc. É do cruzamento de informações dispersas, provenientes de vários lugares e recolhidas em diferentes momentos que, pouco a pouco, pacientemente, vai se configurando o saber da medicina social: saber anônimo, extraído dos próprios doentes a partir da presença institucional da medicina na sociedade, e que se liga intrinsecamente não só à concessão de consultas gratuitas, como também à instituição de registros civis, de atestados de óbito, etc. A um novo estilo de conhecimento corresponde uma modalidade original de intervenção. Se a medicina, quando fixa a sociedade como lugar privilegiado de exercício de seu saber, registra e acumula informação sobre o estado de saúde da população, para que este próprio saber se desenvolva é indispensável que se acompanhe de um tipo de ação que implique o controle do espaço em que o homem está inserido.

O que encaminha à consideração de um segundo aspecto da medicina social. Correlato à transformação do saber médico, outra característica básica lhe está

essencialmente articulada: o seu tipo novo de prática. Do mesmo modo que a medicina diagnostica um estado de doença presente no espaço insalubre através de análises estatísticas, demográficas ou topográficas, deve tomar medidas específicas capazes de prevenir a saúde da população. A saúde torna-se um problema social no sentido de que são necessárias autoridades constituídas com o objetivo de preservá-la. O momento em que o Estado se encarrega de maneira positiva da saúde dos cidadãos é o mesmo em que a sociedade como um todo aparece como passível de uma regulamentação médica. E regularizar a organização e o funcionamento sociais do ponto de vista sanitário exige que a medicina se obrigue não apenas a tratar o indivíduo doente, mas fundamentalmente a supervisionar a saúde da população, não só a visar ao bem-estar dos indivíduos, mas à prosperidade e à segurança do Estado.

Daí a necessidade de a medicina se organizar como um poder político. Preservar a saúde exige uma série de providências que não nascem espontaneamente, mas precisam ser impostas e conquistadas através de uma série de lutas que são — os médicos o sabem e enunciam claramente — políticas. Se a medicina combate por um lugar entre os poderes sociais, ela, ao mesmo tempo, faz uma crítica arrasadora do passado com o sentido de justificar a homogeneidade que existe entre seu novo tipo de racionalidade e de intervenção e a construção de uma nova ordem social. O aspecto político dessa nova medicina aparece claramente na tese de medicina que o Dr. Meirelles defendeu em Paris, em 1827, quando relaciona, a propósito da elefantíase, saúde e regime político: "A saúde geral é incompatível com a extrema servidão. Desde há muito constatou-se que é nos países submetidos a um governo tirânico ou por demais corrompido que a elefantíase aparece com mais frequência, juntamente com todas as afecções leprosas e as febres pestilenciais. Por isso é o Brasil teatro desta repug-

nante enfermidade: foi o antigo modo de governo que abriu as portas a toda espécie de doenças até então desconhecidas e à manutenção das que já existiam, negligenciando a higiene pública e particular. Mas graças aos céus, esse governo vicioso deu lugar a outro mais conforme às luzes do século e que deverá, sob os auspícios do Grande Defensor do Brasil, exercer sua poderosa influência para fazer desaparecer, na medida do possível, as causas destes flagelos da humanidade" [265]. O despotismo produz doença; a liberdade é condição de saúde. O valor de um regime político é medido a partir do fato de assumir ou não o encargo da saúde, organizando a prevenção das doenças da população.

Pode-se dizer, de modo geral, que, nesta batalha pela construção de um novo tipo de sociedade, a medicina formula um discurso histórico e inscreve-se na história, tratando em nome de seu projeto tanto o passado, como o presente e o futuro.

Um momento no passado é privilegiado: aquele que assistiu à formulação da sociedade, através de um pacto social. Este momento possui a verdade e a essência da sociedade, colocando todos os homens em relação, em contato, regulados pela necessidade de observância daquilo que levou à própria constituição do pacto: o bem comum. Surge neste momento um código de direitos e deveres dos seres sociais, que define o que se deve e se pode fazer, o que não se deve e não se pode fazer; o bem comum aparece como o parâmetro a partir do qual este código se forma. Como o outro lado do pacto está a abdicação dos privilégios; todos devem sujeitar-se ao que visa ao bem de todos; ricos e pobres têm deveres comuns, por serem membros da sociedade, responsáveis por sua preservação. O estabelecimento do

265 J. C. Soares de Meirelles, *Dissertation sur l'histoire de l'éléphantiasis,* tese à Faculdade de Medicina de Paris, 1827, p. 21. Em francês no original.

contrato, portanto, define um terreno frente ao qual todos os homens são iguais — o terreno da responsabilidade pela existência e manutenção da sociedade.

Caracteriza-se, em seguida, a realidade de um passado e de um presente afastados da observância do pacto e, portanto, da preocupação com o bem comum. Passado e presente investidos em uma sociedade onde impera o egoísmo, os privilégios, onde cada um age isoladamente, visando ao benefício imediato e individual; sociedade governada autoritária e arbitrariamente. Ao nível do governo e da população, constata-se, então, o desprezo pelo bem comum.

Os médicos falam, finalmente, em nome de um futuro para o qual a medicina trabalha e contribui decisivamente. Neste futuro, imperará a ordem, desaparecerão os excessos, o pacto social reencontrará sua essência. Enquanto conhecimento e enquanto prática, a medicina coloca-se como base para a construção desta nova ordem. Como "vanguarda da civilização", define seu papel pedagógico, pela necessidade de difusão de um saber, de uma verdade que fundamente a ação coordenada de todos. No corpo médico reside a verdade, que deve ser ensinada tanto ao governo quanto à população, que são ignorantes.

Deste ensino surgirá novo governo e nova população. Governo fundado na preocupação com o bem comum, guiado pela razão, voltado para o progresso da civilização. População constituída de cidadãos, os homens que cumprem seus deveres. O cidadão é o outro lado do bem comum, sendo que o primeiro diz respeito a um processo de construção e o segundo, a um princípio apriorístico. O cidadão é fruto da transformação do povo, massa confusa, guiada pelos instintos e sentidos; pertence a uma ordem que se movimenta pela razão, pelo conhecimento; é o homem percebido em relação com outros homens, relação controlada e voltada para a harmonia. O cidadão é forjado a partir de um

projeto de ordem social; permite o funcionamento perfeito da sociedade, cumpre seus deveres e ajuda decisivamente a preservar o que é de todos.

"Agora que a nossa Câmara Municipal, livre dos tropeços de um governo absoluto, deseja ilustrar-se sobre o que é conveniente à melhor saúde de seu município, recorrendo à nossa sociedade e adotando os conselhos que a benfazeja medicina daqui lhes envia; agora que o transcendente sete de abril nos criou um governo verdadeiramente nacional, que circulado pela lei, não pode irradiar-se do centro de suas utilidades, e iluminado pelo luzeiro do século XIX, que o braço da liberdade já conserva elevado sobre o mundo, tem de montar a máquina política, extrair-lhe a ferrugem do despotismo e fazê-la mover com força no sentido de nossa futura prosperidade; como os preceitos higiênicos têm uma influência direta e positiva no desenvolvimento dos movimentos desta máquina, eles não poderiam deixar de ser hoje tomados em bastante consideração; pois cooperando para que o homem se asegure na posse da saúde e vigor, eles alongam os limites de sua existência, tornam mais ampla a sua reprodução, e dão mais atividade e retidão à sua moral, donde provém aumento da longevidade, acréscimo de população, melhora dos costumes privados e da moral pública" [266].

Essa medicina política, que elabora uma nova proposta de organização social, se coloca ao lado da democracia, da liberdade e da civilização, propondo-se como assessoria indispensável a qualquer governo esclarecido, expressa através do projeto de polícia médica — que assinala o próprio nascimento da medicina social — a essência do tipo de poder que a caracteriza.

[266] *Relatório da Comissão de Salubridade Geral da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, sobre as causas de infecção da atmosfera da Corte, aprovado pela mesma Sociedade em 7 de dezembro de 1831*, p. 36.

Vimos que o termo e o conceito de polícia médica datam da segunda metade do século XVIII, consistindo em: sistema de medição da mortalidade e morbidade; normalização do saber e da prática médicos; criação de uma organização administrativa para controlar os médicos a nível de ministério — órgão especializado encarregado de acumular informações, verificar tipos de cura, agir sobre epidemias, etc. —; nomeação de funcionários médicos responsáveis por uma região. A primeira tese de um médico brasileiro sobre medicina social, defendida em Paris em 1823, abre-se com uma citação de Frank, definindo a polícia médica como a "arte de defesa; doutrina que ensina a proteger o homem, e os animais que lhe são úteis das nocivas conseqüências de uma coabitação numerosa, e a promover seu bem estar corporal, de modo que, sujeitos ao mínimo de males, se chegue, o mais tarde possível, a sofrer o fatal destino que nos espera". [267]. Chama atenção nesta definição o projeto de defender ou proteger o homem contra um perigo indissociavelmente médico e social. Defesa que deve promover o bem-estar físico e moral, como acrescenta logo em seguida o dr. Tavares, contra a periculosidade da vida em sociedade que não se organiza segundo princípios inspirados na medicina e torna-se, portanto, uma ameaça à população.

O conceito de polícia médica — que teve grande destaque durante todo o século XIX, e esteve presente em vários documentos da sociedade de Medicina, em teses de doutorado e em artigos e conferências dos principais promotores da luta para dar à medicina um estatuto político — expressa claramente o fato de a medicina social estar ligada, de modo intrínseco, a uma

[267] João Fernandes Tavares, *Considérations d'hygiene publique et de police médicale applicables à la ville de Rio de Janeiro, capitale de l'Empire du Brésil*, tese à Faculdade de Medicina de Paris, 1823, p. 7. Em francês no original.

ação permanente de controle. O médico não é apenas alguém que possui uma técnica, conhece os grandes tratados teóricos, observa e, portanto, detém um saber. É também uma autoridade, alguém que intervém: decide, executa, fiscaliza e pune. Intervir na sociedade é policiar tudo aquilo que pode ser causador da doença; é destruir componentes do espaço social perigosos, porque causadores de desordem médica; é transformar a desordem em ordem, através de um trabalho contínuo e planificado de vigilância e controle da vida social. Intervenção social que se duplica de uma ação transformadora da própria organização interna da medicina, visando à formação padronizada, coordenada e qualificada dos médicos. O que caracteriza a medicina social por um duplo projeto de normalização.

Por um lado, a normalização da sociedade, que aparece na luta pela participação do médico e da medicina na política. Os médicos elaboram uma teoria social, definem os requisitos de uma sociedade perfeita, ordenada e democrática e, através de vários instrumentos, propõem e concretizam sua participação na direção da sociedade, trazendo ao governo o apoio da ciência. Neste processo situa-se a problemática englobante da higiene pública que será o instrumento privilegiado pelos médicos na tática utilizada para dar à medicina estatuto político próprio, o que significa seu aparecimento como um poder capaz de tomar parte efetiva nas medidas de organização, controle e regularização da vida social. Propondo projetos, elaborando teorias, criando instituições, a medicina, por sua responsabilidade com respeito à saúde, penetra na sociedade que, quando não está sob sua observação e controle, é a principal causa de doença. A promoção e a manutenção da saúde pública exigem da medicina uma ação transformadora, ordenadora, tanto do meio natural e social quanto do homem, sempre situado em uma rede de relações.

Por outro lado, e conseqüentemente, projeto de normalização do saber e da prática médicos. Paralelamente à luta pela instauração da medicina como uma instância de controle social, o corpo médico, enquanto justifica o papel que pode exercer para o bem estar do homem e da sociedade, na medida em que possui um saber adequado a este fim, reivindica para si a posse e o controle do exercício da medicina. A proposta de restringir ao médico o poder sobre a saúde, poder este adquirido pela introdução gradual, progressiva e sistemática do saber institucionalizado da medicina e sancionado por uma prova de competência, explica o aparecimento das faculdades de medicina e a radical e prolongada luta contra o charlatanismo e aparece como uma condição fundamental para a constituição da medicina social.

A cidade no plano da norma

Quando se procura delimitar o raio de ação da medicina social do século XIX nota-se um perfeito recobrimento entre os termos sociedade e cidade. Se o projeto de polícia médica está intrinsecamente ligado à defesa de um perigo que é identificado à coabitação numerosa, aos grandes e pequenos agrupamentos, este perigo naturalmente se concretiza no meio urbano, caracterizado como local de um contato desregulado. É contra um meio tornado hostil, pela grande concentração de indivíduos e seu relacionamento irracional e desordenado, que a medicina deve proteger o próprio homem. Impedir a ação destruidora a que o homem é levado por suas paixões desregradas e seus instintos cegos é organizar positivamente a cidade em seus aspec-

tos mais variados, heterogêneos, díspares, mas ao mesmo tempo interrelacionados, confluentes, dependentes.

Quando a medicina tematiza o campo trata de contrapor a pureza de suas condições atmosféricas às causas de insalubridade do ar confinado nas cidades e mais uma vez ressaltar o alto grau de periculosidade da vida urbana. A cidade configura-se então como objeto privilegiado ou mesmo exclusivo de intervenção médica por reunir em sua desordem as causas de doença da população. A importância crescente da cidade, como centro de comércio e de produção econômica e como sede do dispositivo central de poder político que intervém em todos os níveis da vida social, implica a construção de um funcionamento ordenado dos núcleos urbanos, condição de possibilidade da transformação dos próprios indivíduos e materialização da exigência normalizadora da nova ordem social. Desde suas origens, a medicina social está ligada à idéia de que a cidade é causa de doença devido à desordem — intrinsecamente médica e social — que a caracteriza e ao projeto de prevenção constante contra o meio considerado hostil à saúde de seus habitantes. É assim que os médicos formulam uma verdadeira teoria da cidade, desenvolvendo em vários níveis uma reflexão sobre a morbidade urbana e explicitando a exigência de realização de condições de vida ideais que a tornem um poderoso instrumento de normalização da sociedade. Neste sentido, a medicina social é uma medicina essencialmente urbana.

Embora seu projeto esteja restrito aos limites da cidade, dentro das fronteiras que ela se traça neste primeiro momento, a medicina em tudo intervém, penetrando em todos os recônditos. Nada do que é urbano lhe pode ser estranho, sob pena de sua intervenção se tornar precária ou ineficaz. Todos os componentes urbanos, todos os seus lugares, objetos e elementos devem estar sob controle e sob seu controle. Pretendendo con-

trolar a vida social, estendendo-se pela cidade como um todo com o objetivo de corrigir a desordem que ela acarreta, a intervenção normalizadora da medicina deverá ser tão constante quanto a corrupção do meio ambiente e o perigo que o caracteriza. Somente o olhar conhecedor e autoritário do médico e seus subordinados, percorrendo permanentemente a cidade, poderá detectar os locais de perigo atual ou virtual. Só assim a saúde pública, capital para o bom funcionamento do Estado, estará assegurada. A medicina é portanto fundamento racional de uma boa política de governo, o que significa que o tipo de poder que a caracteriza implica necessariamente uma medicalização da vida social. A prevenção médica é uma garantia da saúde e da segurança públicas.

Enquanto conhecimento, a intervenção médica sobre a cidade se funda basicamente em dois princípios: o da localização espacial e temporal e o de intercomunicação ou contato. A localização espacial decompõe — distingue e isola — os elementos da mistura urbana; a consideração da temporalidade, em que se baseia a eficácia da estatística médica, permite registrar o acúmulo de sinais observáveis em dado período, de que devem surgir regularidades específicas. Periodicidade minuciosa e singular, mas regrada. A determinação dos locais e tempos da mistura desordenada permite, por outro lado, estabelecer continuidades, descrever formas de contato entre elementos e visa a produzir uma comunicação controlada entre a população e os vários aspectos da cidade. Isolar espacial e temporalmente implica reunir ordenadamente. O todo é pensado necessariamente sob dois aspectos correlacionados: na minúcia de seus componentes locais e temporais e enquanto sistema de contato entre elementos circulantes.

Isto significa que a teoria elaborada pela medicina social com o objetivo de diagnosticar e combater a periculosidade, que começa a ser percebida como habi-

tando necessariamente a cidade, tem como alvo da reflexão uma desordem urbana heterogênea e complementar: heterogênea, na medida em que apresenta uma variedade de aspectos; complementar, pois a cidade é tematizada como um totalidade articulada, produto da interrelação de diferentes realidades ou características. A reflexão médica sobre a cidade é, ao mesmo tempo, analítica e sintética. Esquadrinha e totaliza.

As duas grandes categorias que permeiam a análise são o natural e o social. Diagnosticando a desordem urbana, a medicina a compreende como sendo determinada por causas naturais — a situação geográfica em geral e os acidentes geográficos como pântanos e montanhas — e, sobretudo, como proveniente de causas sociais — tanto ao nível macro-social do funcionamento geral da cidade, quanto ao nível micro-social das instituições.

Esquadrinhamento que tem como contrapartida a consideração da relação, da comunicação de elementos também naturais e sociais. Por um lado, o bom estado da saúde urbana depende fundamentalmente da boa circulação daqueles elementos que, sendo vitais para o organismo humano, podem, quando corrompidos, se tornar perigosos e nefastos: o ar e a água. Mas por outro lado, natural e social se integram necessariamente como aspectos interrelacionados da reflexão médica que tematiza a cidade como globalidade. Se a água deve circular de maneira salubre, que faça desaparecer suas qualidades mórbidas, é preciso ordenar o seu curso por canais e esgotos. Se o ar, cuja qualidade também depende da boa circulação, encontra-se bloqueado na cidade por acidentes naturais e artificiais, tornando-se então veículo de moléstias, é necessário não só destruir morros e matas que impeçam a ventilação e sanear pântanos produtores de miasmas, como também expulsar do centro da cidade matadouros, fábricas e hospitais e impedir o sepultamento no interior das igrejas. Esgotos

canais, ruas, praças, estabelecimentos, casas, são aspectos sociais que, quando não organizados pelo conhecimento médico em sua relação com os elementos naturais, são percebidos como ameaça constante à saúde dos cidadãos. Globalizando a cidade, a medicina encontra, em cada lugar e em cada momento, os laços que unem intimamente o natural e o social: se é caracterizada como espaço fechado, quente e úmido, lugar de estagnação e de circulação nefastas de elementos naturais — basicamente o ar e a água — para isso necessariamente concorrem o acúmulo das pessoas e das coisas e o mau contato dele proveniente.

Finalmente, é importante explicitar que toda essa reflexão médica está centrada na figura do homem: a medicina social é uma ciência humana. O homem é o principal agente de desordem urbana na medida em que — não se dando como tarefa habitar ativamente a cidade no sentido de organizar a boa colocação e a ordenada comunicação de seus objetos e elementos — dele decorre a mistura heterogênea e corruptora de componentes naturais e sociais; e, ao mesmo tempo, é o primeiro a sofrer as conseqüências da ação destruidora da presença humana desordenada e da conduta dos habitantes não esclarecida pelo conhecimento médico e à intervenção que lhe deve ser correlata. Desordem que não se limita a ter influência negativa sobre a saúde física dos indivíduos, atingindo-lhes também o moral: é responsável pela corrupção dos costumes, pela criminalidade, pela descrença na religião, enfim, pela decadência da civilização. Saúde física e moral dos indivíduos que, quando comprometida, os torna uma ameaça ao Estado e que para ser conservada ou produzida exige uma polícia médica urbana capaz de proteger o homem contra o perigo que ele mesmo representa e, portanto, a constituição da medicina como uma instância de controle da vida social.

Em resumo, podemos dizer que a teoria e o planejamento da cidade elaborados pelos médicos do século XX consistem no projeto de intervir em sua organização e ordená-la através do estabelecimento da relação ótima entre o meio natural e o social, e dos homens entre si, tendo como objetivo um determinado estado de equilíbrio entre os componentes físico e moral, que configura o estado de saúde como bem-estar físico, moral e social.

Vejamos de maneira mais detalhada, pela explicitação de seus objetos, o conteúdo dessas reflexões.

O primeiro objeto de análise é o aspecto natural da cidade. Por exemplo, sua situação geográfica. Se, como salientam os primeiros protagonistas da medicina social, o que determina a escolha do local de uma cidade são fatores econômicos, políticos e sobretudo militares de ocupação e defesa do território, a natureza já pode aparecer como primeira causa de doença[268]. O Rio de Janeiro, por exemplo, "foi pelos antigos mal colocada, dando-nos até mesmo uma idéia do medíocre gosto que tinham os primitivos habitantes; as mais das vezes miseráveis especuladores, degredados ou ambiciosos, eles não cuidaram da salubridade, mas da segurança contra as invasões dos piratas"[269]. "Edificada sem método, mais assistiu a seu estabelecimento a economia que os interesses da salubridade pública"[270]. Portanto, se a criação de uma cidade não está submetida a motivos higiênicos,

268 Cf. J. F. Tavares, *op. cit.*

269 Fortunato Correa de Azevedo. *Quais os lugares que na cidade do Rio de Janeiro e seus arrebaldes são mais favoráveis a saúde. Quais os mais insalubres.*, tese apresentada à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1850, p. 27.

270 Francisco Lopes de Oliveira Araújo, *Considerações gerais sobre a topografia físico-médica da cidade do Rio de Janeiro*, tese à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1852, p. 10.

a geografia do meio ambiente já é um fator de desordem médica. O que não significa para eles que esses lugares devam ser desertados. A cidade é, em sua origem, vil e nefasta; "preciso fora que horrível cataclisma a destruísse até seus fundamentos, para que dele surgisse a cidade regenerada"[271]. Mas é impossível deduzir a nova cidade de um planejamento perfeitamente metódico. Aceita-se a situação de fato para minimizar o mais possível seus efeitos. Não se projeta naturalizá-la, recuperar uma situação originária ideal, mas civilizar a obra do homem e a natureza imperfeita em que o homem se inclui. É a cidade em suas partes e como um todo que, a partir de sua situação atual, deve ser recuperada, transformada por uma ação do homem visando à saúde que é justamente um dos encargos da medicina social.

A consideração da situação geográfica da cidade conduz a uma análise climatológica. O clima é mesmo, segundo alguns autores, o aspecto mais abrangente do estudo das relações entre as condições naturais e a transformação da cidade. "A palavra (...) é usada as mais das vezes para exprimir o estado acidental do cortejo de fenômenos, assim da terra como do ar, e não como se deveria tomar, isto é, como o regular e periódico estado de um país ou lugar"[272]. O clima é um todo complexo de elementos: a natureza dos ventos e misturas do ar, estado e movimento das águas; e, além disso, toma em cada local, por seus "modificadores", uma feição singular. As condições climatéricas dizem respeito ao "calórico, à umidade, à eletricidade, à elevação dos terrenos acima do nível do mar, à oposição de suas montanhas relativamente aos pontos cardeais, à vizinhança dos mares, à natureza geológica, finalmente aos ventos aí reinantes, às emanações e produtos miasmáti-

271 *ibidem*, p. 14.

272 F. C. de Azevedo, *op. cit.*, p. 21-22.

cos (...)"[273]. Com relação ao clima do Rio, calor e umidade são suas características mais importantes do ponto de vista das considerações de morbidade: "O clima do Rio de Janeiro é insalubre: todo o mundo o reconhece e padece sua influência (...). Situada ainda na zona ardente, sobre uma planície baixa, rodeada de mar, de pântanos e de montanhas, esta cidade reúne duas condições de clima muito contrárias à saúde — o calor e a umidade. O calor resulta da posição vertical do sol nos meses de dezembro, janeiro e fevereiro e da reverberação das montanhas e rochas de granito que vizinham a cidade; a umidade que domina em sua atmosfera provém da evaporação das águas do mar e dos pântanos, e a do solo é conseqüência de ser este nivelado com a superfície do mar e (haver) pouco declive para o escoamento pronto das águas superiores"[274].

Partamos desta formulação e isolemos duas entre as várias causas de calor e umidade — as montanhas e os pântanos — com o objetivo de penetrar nos meandros do esquadrinhamento médico e perceber com mais clareza, a partir de minúcias e detalhes, em que consiste sua racionalidade.

A presença das águas estagnadas no Rio de Janeiro chega a ser vista como causa principal de insalubridade. Cercado de lugares pantanosos, onde substâncias animais e vegetais se encontram em dissolução, o clima quente da cidade provoca a rápida putrefação dessas substâncias, dando origem a "pestíferos gases que devem levar a todos os viventes preliminares da morte"[275]. A

[273] Domingos Martins Guerra, *Os morros do Castelo e Santo Antônio são úteis ou nocivos à saúde pública? Durante o desmoronamento destes morros ocorreria à cidade algum perigo?*, tese à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1852, p. 37.

[274] Francisco Freire Alemão, "Discurso à Academia Imperial de Medicina", *in Revista Médica Fluminense*, 1832, p. 293.

[275] Manuel Vieira da Silva, *op. cit.*, *in* Plácido Barbosa e Cássio Resende, *op. cit.*, p. 510.

atmosfera úmida não só acelera a decomposição vegetal e animal, mas dá à atmosfera mais aptidão para transportar os produtos deletérios. A variação de temperatura dos dias e das noites é causa determinante de intoxicação pelos miasmas. Assim os pântanos são mais funestos de manhã cedo, à tardinha e à noite e causam menos mal ao meio-dia. O movimento do ar pode agravar a nocividade dos charcos se sofrer um obstáculo em sua direção favorável, ou pode atenuá-la se o obstáculo impedir a expansão dos eflúvios paludosos. Mais funestos são os pântanos quando se dá rapidamente a evaporação da água e o lodo fica em contato direto com os raios solares. Os pântanos submersos são menos nocivos que os de dessecação incompleta.

Em uma região como a do Rio, de clima quente e úmido, os pântanos estão sempre semi-dessecados: nem inteiramente submersos pelas chuvas, pois o calor as faz evaporar, nem secos de todo, pela umidade do ar: "muito próximos ao mar com o qual continuam-se, têm o fundo um pouco arenoso, completamente submergido durante a maré cheia, desprovido de vegetação e rico de matérias orgânicas que o mar ali depõe quando se retesa; mais afastados do mar têm um fundo argiloso; e seu caráter é favorecer o desenvolvimento de uma certa vegetação e de servir de receptáculo aos duplos produtos de uma pululação orgânica sem fim e de uma incessante putrefação: misteriosos laboratórios de vida e da morte, eles servem ao mesmo tempo de berço e de sepultura a muitas plantas, a inumeráveis gerações de animálculos, apresentam o contraste da imobilidade de suas águas dormentes com a agitação de tantos entes diversos que abrigam, e como para proteger as orgias de uma criação imunda, repelem o homem, fazendo em torno de seus bordos a morada da infecção e da mo-

léstia"[276]. Quando as águas doces juntam-se às do mar, como é o caso do Rio de Janeiro, as conseqüências são ainda mais perigosas, pois maiores são as emanações pelo número de animais e vegetais que morrem na mistura. A presença de sulfato, nas águas salgadas, aumenta o perigo. A natureza e elevação de terreno também determina a ação dos miasmas; terrenos que contêm muito sulfato ou que são pouco elevados são mais propícios à influência nefasta.

Assim os pântanos aparecem como perigo para a saúde pública, por serem focos de exalação de miasmas; os morros da cidade também são tematizados enquanto fatores de insalubridade. A convergência da umidade e do calor explica o fato de os morros, escoadores naturais das águas da chuva que se imobilizam na planície habitada, serem vistos como modificadores do clima, agravando tanto o calor como a umidade do local. Se a umidade tem origem nas marés e na chuva, que encontram no solo da planície seu lugar de estagnação, e no terreno pantanoso sobre o qual a cidade é em grande parte construída, o calor é também provocado pelas filas de morros que encerram a cidade em um espaço fechado, atrasando e mesmo impedindo o movimento dos ventos constantes, viração e terral, que sopram na cidade em diferentes horários do Rio e da noite.

Tal como a sanificação e o aterro dos pântanos, a demolição dos morros do Castelo e Santo Antonio é uma obra ambiciosa, mas necessária. Derrubá-los é um objetivo médico e político: marca, de maneira pública, a presença de um conhecimento específico que domina uma série complexa de causas e efeitos e que procura se efetivar como intervenção humana modificadora de um dado natural. O desmoronamento dos morros se justifica

[276] Francisco de Paula Pereira Lagos, *Dos pântanos existentes no Rio de Janeiro e em seus arrebaldes*, tese à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1853, p. 3-4.

porque eles impedem: "1º) A entrada dos ventos frescos e saudáveis e a saída dos do continente que são pestíferos, determinando desta sorte a estagnação de uma atmosfera viciada por miasmas paludosos e pela putrefação de matérias orgânicas e a respiração de uma infinidade de animais que aqui vivem. 2º) Porque embaraçando a renovação do ar e refletindo os raios caloríficos, promovem uma grande elevação de temperatura. 3º) Porque concorrem para a grande umidade desta atmosfera, estando no interior da cidade, as ruas que os cercam se acham continuamente úmidas pelas águas que eles dissoram em suas bases, e seus quintais entulhados de imundícies em putrefação que as águas da chuva para aí levam, principalmente do morro do Castelo, que é muito povoado, e onde fazem despejos em quintais. 4º) Porque fazem sombra em muitas ruas. 5º) Porque se converterão esses morros tão prejudiciais em uma bela planície, que se ajuntará com a outra formada pelo aterro do mar, e que serão de muito apreço, pela posição que ocupam, para as edificações de novos prédios, segundo as regras da higiene e do bom gosto, vindo a permitir a dispersão do povo, com o que diminuirão também os males do acumulamento[277].

Portanto, quando os médicos falam do meio natural, não é em uma perspectiva de rendição à natureza. O conhecimento que possuem permite uma transformação desta, uma modificação dos elementos "negativos" do meio, sempre pensados em relação ao homem e à cidade como um todo. Trata-se de prover um "melhor espaço", mais controlado, que contribui para a formação de uma "sociedade melhor".

A reflexão médica sobre o clima, ou sobre os pântanos, converge, como tudo na medicina social, para a figura física e moral do homem, que é preciso proteger

[277] Domingos Martins Guerra, *op. cit.*, p. 56.

e que justifica, em última instância, a investigação dos perigos mais díspares do meio urbano. "Nossas virtudes dependem tanto da nossa organização, que esta não pode sofrer, ou modificar-se, sem trazer consigo a mudança correspondente das primeiras. Uma atmosfera quente, e extremamente rarefeita, além de imprópria para a respiração pela grande quantidade de calórico que contém, ativa a transpiração cutânea e produz o relaxamento e enfraquecimento da fibra, o que explica a apatia e indolência natural aos povos dos países de temperatura elevada; ao mesmo tempo exalta a sensibilidade; a vingança, o ciúme e outras semelhantes paixões facilmente deles se apoderam; a inteligência perturbada por estas causas sem se exercitar enerva-se, daí a docilidade com que ainda hoje se curvam tão resignados os povos daqueles países cujo clima geográfico, não sendo minorado por outras circunstâncias, se acha fora da esfera da civilização, que tão poderosa como a natureza, lá sem dúvida chegará, pois o seu círculo, segundo todas as probabilidades, irá sempre se desdobrando como um pensamento protegido de Deus"[278].

A questão dos pântanos, privilegiada no estudo da higiene pública por existir "em nosso país (...) uma tão grande quantidade desses focos perenes de emanações nocivas"[279] serve também para exemplificar a dupla influência do aspecto natural da cidade sobre o físico e o moral dos indivíduos. "Os habitantes dos países pantanosos são todos fracos e valetudinários; têm a pele sem cor, ou antes amarelada, as carnes moles e sem elastério, infiltradas de sorosidade e apresentando uma inchação repulsiva; os olhos embaçados, sem expressão

278 Carlos Thomaz de Magalhães Gomes, *Existe quimicamente falando diferença entre o ar do campo e da cidade?*, tese à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1852, p. 3.
279 Eduardo Ferreira França, *Influência dos pântanos sobre o homem*, Salvador, 1850, p. 1

e muitas vezes amarelos: o peito comprimido, pescoço comprido, as pernas finas e ventre volumoso. Sua estatura é pequena, e muitas vezes com vícios de conformação (...). O andar lento e penoso"[280]. Sofrem de envelhecimento precoce e têm pouca duração de vida. O pântano é causa ativa de enfermidades, tais as febres intermitentes, as doenças intestinais, as da pele, o escorbuto, a diarréia, as úlceras. Sob o plano moral, são homens tristes e melancólicos, apáticos e indolentes, ignorantes, miseráveis, supersticiosos, pouco industriosos. Pode-se verificar, nos homens destas regiões, uma certa insensibilidade moral: são indiferentes e mesmo brutos no trato com suas famílias e pouco dados à fidelidade conjugal. A influência dos eflúvios paludosos sobre o moral faz do homem que a sofre um devasso, um libertino. Observa-se também em tais lugares um índice maior de abortos e infanticídios[281].

Montes e pântanos, elementos topográficos, são contudo apenas um dos aspectos a serem inventariados e esquadrinhados, representam um obstáculo natural em uma série complexamente determinada de fenômenos, um momento não privilegiado da análise das causas de morbidade e mortalidade. A ação local e momentânea, esquecida do panorama global das influências causais pode inclusive levar ao descrédito um saber médico que nela não se esgota mas tem como programa uma intervenção total e incessante, sempre pronta a observar e a prever novos efeitos a serem inscritos no quadro geral de seu pensamento e de sua prática.

Existe um segundo tipo de objeto da reflexão médica: o aspecto propriamente urbanístico da cidade. Não mais onde ela se situa, não mais aquilo que a natureza

280 *ibidem*, p. 17.
281 Cf. *ibidem*, p. 21.

oferece, mas o que é produzido pelo homem para dominar o meio físico e torná-lo compatível com a coabitação numerosa que caracteriza a cidade. O que, se realizado sem método ou sem uma consideração global e minuciosa das implicações e conseqüências, ou quando se reduz a problemas imediatos e esporádicos, pode representar grande perigo para a sociedade e o Estado. A desordem médica e social que é vista unanimemente como caracterizando a vida urbana na época do movimento de constituição da medicina é, portanto, uma decorrência da não planificação do funcionamento e crescimento da cidade.

A crítica médica, que é o outro lado das propostas e sugestões de transformação da administração e dos costumes, é implacável. Os médicos acusam o proprietário que não obedece a regras higiênicas na construção das casas, que muitas vezes não instala canos, escoadouros e latrinas e deixa acumular monturos e imundícies nos seus quintais e estrebarias, não desinfecciona sua habitação, etc.; que atém-se ao sistema de barris de despejo amontoados em um quarto da casa até ficarem cheios, para então serem levados para fora, transportados pela cidade por escravos, espalhando a peste durante o trajeto até a praia. Criticam os proprietários que alugam casas recém-pintadas, onde o ar é irrespirável, sendo escuras, úmidas, sem circulação de ar. Desaprovam a moradia da classe pobre do Rio, que vive em casa alugada, sem as menores condições de higiene, estando sujeita a todas as doenças. Proposta de igualdade com relação às regras higiênicas a serem obedecidas que visa a produzir a medicalização do rico em seu salão dourado e dos pobres em sua choupana[282].

282 Cf. Tobias Rabelo Leite, *Considerações acerca da polícia sanitária*, tese à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1849.

Tudo isso com relação à casa[283]. A crítica porém vai muito mais além, penetrando nos vários locais da cidade e incidindo não só sobre o proprietário, como no caso anterior, mas sobre o próprio governo. Corpos são enterrados nas igrejas que estão no centro da cidade; animais mortos são encontrados nas ruas; por todos os lados existem monturos, cloacas, vasilhas de despejo de urina, currais; matadouros, açougues, mercado de peixes, armazéns de carne seca, toucinho, queijos, depósitos de azeite de peixe são perigosos tanto do ponto de vista da integridade dos alimentos como por serem potenciais corruptores do ar; fábricas, hospitais e prisões se igualam na ausência de regras higiênicas e disciplinares, como analisaremos com mais detalhes; as ruas são estreitas e tortuosas, dificultando a renovação do ar e a circulação dos veículos, além de serem utilizadas como lugar de despejo; as praias são imundos depósitos de fezes e lixo; as praças são poucas e mal cuidadas, sem árvores, mas cheias de poças, lama, imundícies, atestando o desconhecimento de que a relação entre uma praça e uma cidade deve ser idêntica à relação do pulmão com o corpo.

Reflexão médica que diagnostica a cidade como causa de doença e morte que, embora penetre em cada local, analise cada elemento, se situa a um nível macrosocial no sentido de que tematiza e propõe a transformação fisionômica da cidade como um todo: expansão urbana por bairros considerados mais salubres, construção de casas que protejam da umidade e das águas,

283 A lei de 9 de setembro de 1826 reza, em seu artigo I: "A única exceção feita à plenitude do direito de propriedade, conforme a Constituição do Império, art. 8º, art. 179, § 22, terá lugar quando o bem público exigir uso ou emprego de propriedade do cidadão por necessidade, nos seguintes casos: I — Defesa do Estado; II — Segurança Pública; III — Socorro Público em tempo de fome ou outra extraordinária calamidade; IV — Salubridade Pública".

alargamento de ruas, abertura de ruas e praças, arborização, rede de esgotos, colocação de canos e abertura de valas, situação e asseio de mercados e matadouros, criação de lugares próprios para despejos, construção de fontes e chafarizes.

Podemos então perceber como teoria e ação médicas visam não apenas e fundamentalmente à limpeza da cidade, a refazer um estado inicial atuando de modo lacunar e esporádico. O que é proposto é a própria transformação da cidade; é sua adequação a um plano geral de funcionamento e evolução; é a abolição de todo acúmulo e a ordenação de todo contato. Em suma, com a medicina social do século XIX, nasce o planejamento urbano.

Antes de estudarmos o terceiro objeto da medicina em sua relação com o meio urbano e que fez do médico, através de uma análise micro-social, um analista de instituições, é importante chamar explicitamente atenção sobre um elemento que esteve sempre presente na consideração tanto do aspecto natural quanto no propriamente urbanístico da cidade — e que também será encontrado quando analisarmos a medicalização das instituições — servindo de fio condutor da reflexão médica e portanto de condição de possibilidade da teoria geral da cidade, tal como foi elaborada neste momento. Este elemento, que ocupa lugar de destaque na concepção médica, por ser o principal veículo de doença, é o ar.

Elemento natural, mas ao mesmo tempo eminentemente social do sentido em que percorre o espaço, colocando todas as suas partes em contato através do movimento constante que o caracteriza. É portanto por seu intermédio que se dá a comunicação, a articulação entre os diversos componentes do meio.

A análise do ar conduz necessariamente à tematização das outras causas de doença, sejam elas naturais ou sociais, na medida em que ele só implica morbidade ou mortalidade quando suas qualidades são alteradas. Normalmente sadio. torna-se nocivo pela influência do meio natural ou social. Por isso ele é tanto indicador de uma determinada situação do meio, permitindo atestar o estado e as possibilidades de saúde da população, quanto conseqüência, como causa de doença, das causas que com ele se relacionam. Só sendo destruídos os focos de alteração, o ar pode alcançar um estado de relativa pureza.

As principais fontes de alteração do ar dizem respeito tanto ao homem quanto ao meio, sendo basicamente duas: de um lado, estão os aspectos naturais como os morros que dificultam sua circulação, bloqueando-o na cidade e carregando-o de substâncias nocivas à vida do organismo, como também os pântanos, mangues, lagoas, charcos e águas estagnadas de onde se evaporam miasmas paludosos. Estes são definidos como "corpúsculos extremamente pequenos que, absorvidos e misturados ao sangue, vão produzir os seus nocivos efeitos", "partículas orgânicas especiais, miasmas, que dissolvidas nos vapores aquosos são por sem dúvida os que tão poderosamente nos intoxicam"[284], como "princípio deletério que ocasiona a insalubridade do ar"[285]. A existência dos miasmas é antes atestada pelos efeitos danosos que produz do que pela possibilidade química de provar sua existência, a tentativa de demonstrar quimicamente sua natureza e composição sendo sempre correlata à atestação de sua dificuldade. O miasma é "fugaz", escapa aos meios eudiométricos.

De outro lado, estão as exalações, a respiração, a transpiração, a excreção dos homens e animais. E o homem aparece duplamente como agente de alteração do ar: através de sua própria existência física, pois suas

284 Carlos Thomas de Magalhães Gomes, *op. cit.*, p. 16.
285 Boussingault, Memórias sobre a possibilidade de verificar a presença dos miasmas, *in Diário de Saúde*, 1835, p. 26

funções orgânicas implicam alteração; através de suas obras, cujas características, denunciam os médicos, são prejudiciais à respirabilidade do ar.

O que serve aos médicos, como sempre, para denunciar um perigo e pedir a cooperação do povo: "Convém pois que a nossa linguagem, a qual o povo já conhece ser somente ditada pelo desinteresse e filantropia, admoeste ao mesmo povo e lhe faça entender que o ar que o rodeia, que se acha em contato com sua pele, que penetra o interior dos órgãos da vida, estando sobrecarregado, de partículas pútridas e miasmáticas, lhe inocula o gérmen deletério de terríveis enfermidades e muitas vezes de uma peste assoladora, quando menos se espera. Ss os nossos concidadãos quiserem um recente exemplo desta verdade poderão olhar os sepulcros de Macacu e Majé"[286]. "Cercados, como nos achamos, pela esfera de atividade dos miasmas e emanações, não devemos repousar no perigo; a cada um de per si e a todos conjuntamente cumpre ajudar a ação das autoridades em distribuir o ar comum" pois "quando o homem se liga ao pacto social, contrai o sagrado dever de pagar os tributos necessários à manutenção do Estado"[287].

A tarefa da medicina, como poder a serviço do progresso, consiste em orientar racionalmente a ação transformadora da sociedade, para conduzi-la à civilização. A ação modificadora do homem sobre a natureza pode elevar-se ao nível de uma política racional, científica, normalizadora, na medida em que o controle médico da cidade se funda em um saber atento à multiplicidade e interrelação das causas e dos efeitos.

---

286 *Relatório da Comissão de Salubridade Geral da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro...*, 17 de dezembro de 1831, p. 6.

287 *ibidem*, p. 35.

A medicina social possui o conhecimento das distinções que devem ser estabelecidas entre os diferentes componentes do todo urbano, ela compreende os nexos causais que os relacionam e pode, assim, intervir para inverter a ordem dessas relações. Ela procura estabelecer as influências que se processam entre um conjunto aberto e variável de características climáticas, por um lado, e de um conjunto de condições de vida, por outro — hábitos e comportamentos da população — para descrever as enfermidades físicas e morais e obter um estado de saúde constantemente aperfeiçoável. No estudo dos fatores naturais e sociais que ocasionam as moléstias da cidade, a medicina não se detém na essência profunda de cada doença, mas articula, de superfície em superfície, a variedade local e a variação temporal de elementos simples em contato que, inventariados por uma observação contínua, são combinados para explicar a complexidade dos fenômenos.

Explicar, através de tal método, a morbidade urbana significa justificar um permanente espaço de intervenção que a medicina amplia na medida em que se apresenta como o lugar de síntese de um conjunto de saberes: esse conjunto, rebatido no plano da prática de intervenção, fornece à medicina um estatuto tão complexamente social quanto a gama de situações urbanas que ela enfrenta e trata de corrigir. Na multiplicidade e complexidade de objetos que a medicina social constitui, ela encontra a razão de sua prática múltipla e complexa. Mas é diante da necessidade de uma síntese articuladora dos mais variados e heterogêneos fatores naturais e sociais que a medicina social vai exigir para si o papel de uma intervenção totalizadora. Ela analisa e sintetiza ao nível do saber e ao nível da prática para produzir a cidade como objeto e como objetivo; em resumo, para obter, por um processo indefinido de intervenção, uma cidade submetida, pelo controle, à norma do conhecimento.

Medicalizar as instituições

"Com os grandes aglomerados surgiu a necessidade de grandes estabelecimentos. O indigente enfermo reclamou da benemerência de seus concidadãos asilo e socorro. Fundaram-se hospitais; mas nem sempre foi escolhida a localização a um tempo mais cômoda para os infelizes e menos nociva à saúde pública. Foi necessário desembaraçar-se dos despojos mortais de seus semelhantes; caindo em desuso a queima e a mumificação, enterraram-nos em espaços fechados, ao longo dos caminhos, no centro das cidades e nos templos. É impossível dispensar o comércio, as artes e as manufaturas que hoje substituem a agricultura. Eles exigem consideráveis esforços e o emprego de substâncias cuja manipulação pode ser perigosa. A tranqüilidade das repúblicas obrigou à punição de seus perturbadores; encerraram-se os criminosos em masmorras horríveis e infectas. A incursão inimiga forçou a construção dos meios de segurança e de defesa; foram levantadas fortalezas; cavaram-se fossas, caminhos subterrâneos, cloacas fétidas. A superstição sedimentou remorsos e temor no coração humano. O homem tornou o homem escravo e submeteu o mais fraco às últimas misérias. Doente, ele é pressionado pela dor e pela necessidade de cura; confia em charlatães que lhe prometem pronto restabelecimento. O depósito de substâncias necessárias à vida tornou-se, pelo estado de deterioração, um foco de infecção e a fonte de males gravíssimos"[288].

O esquadrinhamento urbano projetado e executado pela medicina se completa com a análise de espaços específicos que têm a finalidade de alcançar algum objetivo social e a que os médicos da época chamam grande

[288] J. F. Tavares, *op. cit.*, p. 9-10.

estabelecimento. Fruto do crescimento das cidades, essas instituições — como hospitais, cemitérios, fábricas, prisões, hospícios, etc. — são indispensáveis a seu funcionamento, são uma exigência da complexidade crescente da vida social.

A medicina social descobre que esses espaços institucionais têm as mesmas características que a cidade onde se situam. E daí a contradição que a reflexão e a prática médicas têm a resolver: as instituições, embora necessárias, são focos de doença e desordem e, como tal, representam um perigo para o todo urbano. A dificuldade é precisamente o fato de não poderem ser abolidas. Mas se destruí-las é impensável, a permanência de suas conseqüências negativas é um perigo de destruição que torna indispensável o esforço de crítica e transformação empreendido pela medicina. Como manter, aprimorar ou mesmo transformar o objetivo para que foram criadas, no sentido de abolir a negatividade que as habita? Como dominar o perigo que existe em seu interior, mas que ultrapassa suas fronteiras se configurando como ameaça de desordem para toda a sociedade?

Se há homogeneidade entre a questão colocada pelas instituições e a que vimos ser suscitada pela cidade, também a resposta vai seguir a mesma direção. A reflexão aqui produzida repete as categorias utilizadas para o conhecimento singular da cidade: esquadrinha e totaliza. Faz o levantamento das características da estrutura topográfica ao mesmo tempo que interrelaciona os elementos no conjunto da organização. Além disso, isolar teoricamente os componentes e estabelecer as causas de suas relações nefastas possibilita planejar a ordenação racional de uma população, com características e funções específicas, em um espaço organizado e distribuído.

Daí os dois grandes princípios de análise que se encontram investidos no projeto de medicalização das instituições. O primeiro princípio geral diz respeito à

sua localização: a expulsão do centro da cidade. No início de tudo está a triste constatação: assim como a própria cidade, os "grandes estabelecimentos" foram instalados em locais inapropriados. À sua localização não presidiram critérios de salubridade. Seja porque são infectados pelos lugares onde estão colocados, influência nefasta do todo urbano sobre um de seus componentes específicos, seja porque as exalações e os miasmas gerados nesses espaços fechados infectam não só eles mesmos, mas toda a cidade, constituindo-os em focos de epidemias e contágio. Cabe à medicina determinar os motivos de seu deslocamento, tendo em vista a organização geral da vida social e a finalidade específica que devem cumprir.

O segundo princípio é a organização do espaço interno. O "grande estabelecimento" é uma pequena cidade, o que significa que, tal como a cidade, se caracteriza pela reunião desordenada de uma população cujo contato se faz de modo irracional e não classificado, pela aglomeração de corpos em um espaço fechado, mal distribuído, mal ventilado, etc. Denunciados como produtores de desordem, desvendados como locais onde germina e se desenvolve o perigo da insalubridade e da indisciplina, os "grandes estabelecimentos" começam a inspirar medo e a justificar a exigência de uma reavaliação de seus objetivos e suas funções. Portanto, além de tematizar a relação entre o espaço urbano e o espaço institucional, a medicina penetra nas instituições e propõe a ordenação de seu interior.

Guiada por esses dois princípios, a intervenção médica visa, assim, tanto a proteger a coletividade — a cidade e a sua população — do perigo que representa para o meio social a instituição e vice-versa, quanto a proteger as pequenas coletividades enclausuradas contra o perigo interno que essas instituições têm representado. É sempre o homem, portanto, que está no centro da reflexão médica. O objetivo final da medicina social é,

de maneiras diversas, formar ou reformar física e moralmente o cidadão. Por um lado o homem é um todo físico-moral e não a junção de dois princípios de natureza independente. As disposições morais do homem são condicionadas por circunstâncias físicas. As disposições físicas se alteram por circunstâncias morais desfavoráveis. O conhecimento médico naturaliza a moral. A dupla série de causas — físicas e morais — responsáveis pelo comportamento humano se interrelaciona no interior do indivíduo. Como técnica de intervenção, a medicina, corrigindo os excessos que os homens cometem, visa justamente a estabelecer um estado de equilíbrio entre os aspectos físicos e morais.

Por outro lado, e conseqüentemente, a medicina é conhecimento globalizante do homem como ser natural e social, como indivíduo e população. À consideração da cidade como corpo macro-social corresponde a tematização micro-social da instituição também como um corpo que produz cidadãos — vivos ou mortos, para a vida ou para a memória — isto é, homens urbanizados, integrados à cidade, ordenados em relação ao todo urbano. O homem não é apenas organismo vivo, ele integra um organismo social. A medicina visa a civilizar, isto é, a urbanizar o homem.

O que se chama indivíduo é o resultado do cruzamento do urbano e do orgânico; é o produto da relação eminentemente normalizadora que a medicina estabelece entre a sociedade e a população. Ao penetrar na cidade, elaborar um saber que a transforma e organizar sua distribuição interna, ela torna-se capaz de isolar o indivíduo físico-moral como elemento, produzindo-o como indivíduo social e inscrevendo-o nos objetivos políticos da sociedade capitalista. A análise médica das instituições representa, como veremos a seguir através de alguns exemplos, um momento essencial da constituição do indivíduo.

O esquadrinhamento urbano, que caracteriza a reflexão e a prática da medicina social em seu projeto preventivo, aparece claramente exemplificado na análise que realiza do hospital. Nesta análise — presente na literatura médica da época através de teses, pareceres, relatórios e projetos — encontra-se a mesma articulação básica que se repetirá na tematização de outras instituições. Trata-se, para o discurso médico, de apontar o hospital como causa de doença e mesmo de morte. A criação desta periculosidade é fundamentada pela crítica de dois aspectos: a localização central dos hospitais e sua desorganização interna.

O hospital — assim como o cemitério, a fábrica, a escola e a prisão — deve ser afastado da cidade pois "as exalações e os miasmas nele gerados infectam não só o seu próprio interior como toda a cidade, constituindo-se em foco de epidemia e de contágio"[289].

Este princípio de localização está presente no parecer da Academia de Medicina em resposta à consulta da Santa Casa sobre a construção de um novo hospital. O documento argumenta que "se o pobre, se o enfermo têm direitos, também os têm os ricos e os que estão sãos. Um hospital tão vasto, tão povoado, como o da Misericórdia, colocado no bairro que se projeta, seria um contra-senso, como o seria o Hôtel-Dieu de Paris na rua de Rivoli, ou o Hospital de São José em Lisboa na rua Augusta: contra-senso este que tanto fere a delicadeza do gosto como a sensibilidade do filantropo"[290]. Assim, o funcionamento disciplinar da cidade exige que os hospitais sejam retirados do centro, procurando-se, com esta medida, neutralizar os efeitos de contágio, de propagação do mal que eles contêm.

Mas a exigência da simples expulsão do hospital do espaço urbano não responde ao problema de sua localização: a medicina social elabora e demonstra um conhecimento minucioso dos fatores que devem determinar uma escolha competente do local, provando assim a indispensabilidade de seu saber para a decisão. Os médicos subordinam a localização de um hospital às condições climáticas da cidade. No caso do Rio de Janeiro, a temperatura muito elevada impõe a necessidade de um local seco e espaçoso, em terreno plano e que não contenha em sua superfície camadas calcárias, arenosas ou argilosas pois as primeiras "refletindo fortemente os raios solares sobre os edifícios (...) aumentarão muito o calórico, enquanto que a argila conserva uma prejudicial umidade"[291]. Também deve ser evitado seu estabelecimento em montanhas. onde se concentram os "vapores neblinosos e elétricos", e as matas muito espessas que mantêm a umidade. Além da escolha do terreno, a medicina propõe a conveniente posição do edifício hospitalar: "a mais comum é aquela em que uma das diagonais fique em rumo de leste ou oeste, não só porque estes ventos são em geral os mais saudáveis, como também porque os raios solares serão mais regularmente

289 Luiz Vicente de Simoni, "Reflexões sobre os grandes estabelecimentos e principalmente sobre os grandes hospitais", *in Semanário de Saúde Pública*, 21 de março de 1831, nº 12, p. 64.

290 "Parecer da Comissão Especial da Academia Imperial de medicina sobre a consulta do Provedor e Mesa de Santa Casa acerca das melhores bases higiênicas para a construção de um novo hospital, lido, discutido e aprovado na sessão geral de 18 de agosto de 1838", *in* Revista Médica Fluminense, nº 10, janeiro de 1840, p. 487-488.

291 Cf. a este respeito, entre outras, a tese de Francisco Antonio de Azevedo, *Da importância e higiene dos hospitais civis*, Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1844, p. 16 e segs.

distribuídos em todas as salas"[292]. Vemos, em todas estas argumentações, a imposição de um conhecimento do homem e de suas relações com o meio ambiente — conhecimento que só a medicina pode proporcinar — como condição para a eficácia do hospital como lugar de cura.

Além da relação entre o espaço urbano e o espaço hospitalar, a medicina penetra no hospital e propõe a organização de seu espaço interno. É assim que, entre muitos exemplos, podemos encontrar a conjugação desses dois aspectos no relatório da Comissão de Salubridade da Sociedade de Medicina, de dezembro de 1831: criticando a insalubridade do Hospital da Misericórdia, diz que "sua estreiteza, à proporção do grande número de enfermos que entretém, a umidade e falta de ventilação de algumas de suas enfermarias, a péssima posição e construção de suas latrinas, sua continuidade com o mais infecto cemitério, tudo coopera para que neste foco se preparem as mais virulentas e abundantes emanações que se derramam todos os dias pelo centro da cidade a favor das virações. Os melhoramentos de construção para o estabelecer em boas condições higiênicas valeriam tanto como a construção de um novo edifício em lugar mais salubre"[293].

O hospital, foco de doença pela sua localização central, é internamente maléfico para o físico e a moral de seus internos, na medida em que não se organiza a partir das regras da higiene médica. Não esquadrinhado pelo saber médico, amontoa doentes portadores das mais diferentes moléstias, "assim o aspecto pavoroso (...) dos numerosos e variáveis enfermos (...) até se os havia em longas e sombrias salas: aqui o rubor do ardente calórico do febricante; junto o medonho aspecto das convulsões do epilético; adiante as requintas da astma; o horrendo espectro do marasmático contrastando com a hedionda figura do hidrópico; ali mesmo o asqueroso variólico; acolá o olhar ameaçador do delirante, e nos diversos lugares os desconcertados gemidos arrancados pela dor da cólica, da gota, do cancro!"[294].

O discurso médico de ordenação do espaço hospitalar propõe uma dupla transformação do hospital: este deve ser uma "casa de saúde", isto é, lugar de cura, e, ao mesmo tempo, um local de aprendizado e produção do saber médico. A construção do novo hospital da Misericórdia no Rio de Janeiro é saudada pela medicina, entre outros motivos, por oferecer à "juventude médica brasileira (...) uma escola prática completa"[295]. Esta nova função didática não se restringirá aos cursos clínicos: o hospital deve se constituir como centro irradiador do saber que produz. "Para que as grandes vantagens clínicas que se colhem nos hospitais cheguem até aqueles que não podem obtê-las e aumentem o campo dos fatos será mister (...) que seus professores apresentem anualmente estatísticas de seus trabalhos"[296].

A presença médica percorre o espaço hospitalar disciplinando o seu funcionamento: ela determina a escolha de sua forma arquitetônica, o cálculo da relação entre o número de doentes e a extensão das salas; a disposição recíproca entre sala, banheiro, cozinha e latrinas, a distância entre os leitos, o número de janelas, o material dos móveis, a discriminação dos utensílios necessários. Estabelece também a temperatura ideal e tudo que é capaz de produzí-la: assoalho de ladrilho, forro de abóboda, posição e tipo de janelas, situação com relação ao sol, aos ventos e vapores; dispõe o isola-

292 *ibidem*, p. 17.
293 *Relatório da Comissão de Salubridade Geral da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro...*, de 17 de dezembro de 1831, p. 29.
294 Francisco Antonio de Azeredo, *op. cit.*, p. 12.
295 *ibidem*, p. 10.
296 *ibidem*, p. 29.

mento das salas, a cada uma correspondendo um tipo de doença; impõe o não-contato entre a roupa que o doente traz e a que deve vestir no hospital, etc. Esta ordenação é justificada pela teoria médica de um conhecimento científico do homem. É assim, por exemplo, que as dimensões de uma enfermaria só poderão ser calculadas a partir de um exame da "estatura do homem, da natureza de seus males (e) do clima que habita"[297]. Por outro lado, este conhecimento científico é fundamentado na observação que o próprio hospital permite: o uso da escarradeira, por exemplo, é recomendado não só por questões higiênicas, mas porque permite que se conserve "um elemento de diagnóstico em certas enfermidades".

Também a exigência da papeleta informativa junto ao leito do enfermo — onde "se escreverá o nome, a idade, condição ou profissão, o dia de entrada, o número do leito e enfermaria e, abaixo (...) se mencionarão as datas, dietas, extras, medicamentos internos e externos e o diagnóstico" — não responde somente às necessidades do cuidado e da cura, mas proporciona a observação e a classificação dos casos pelos estudantes e a elaboração de estatísticas que permitirão a troca de experiências na comunidade médica.

É ainda aí, junto ao leito dos pacientes, que a medicina julga poder avaliar a capacidade dos médicos a serem contratados: o exame dos candidatos pelo corpo médico da clínica hospitalar, prática adotada nos hospitais de Paris[298], é, para os médicos brasileiros, a única maneira de se alcançar um bom serviço médico, pois, por não terem as administrações "a habilitação necessária para julgar a capacidade (dos médicos) suas melhores intenções podem ser burladas"[299].

297 *ibidem*, p. 20.

298 C. F. Santos Xavier Azevedo, *Estudos sobre hospitais, reformas destes e hospitais de Paris e Lisboa*, apresentado ao governo imperial, 1881, p. 42 e segs.

O hospital e seus enfermos são para o médico instrumento e ocasião de pesquisa. Mesmo morto, e talvez precisamente aí, quando então seu corpo é reduzido à doença que o individualiza, o doente é objeto de estudo: "É necessário interrogar o homem morto para bem cuidar-se da existência e conservação do homem vivo"[300]. Todo cadáver deverá passar pela autópsia, vindo "acompanhado de uma papeleta assinada pelo facultativo de cuja sala proceda, com a designação daquela sala, do número da cama que ocupava o doente, do seu nome e da enfermidade de que faleceu; o qual documento servirá para juntar-se à descrição das alterações cadavéricas, podendo o diretor do gabinete patológico solicitar do facultativo assistente a amplificação destas notícias, quando as ditas alterações mereçam ser conservadas"[301].

As partes lesionadas que apresentem interesse científico deverão ser extraídas, classificadas numericamente e relatadas em livro que deverá contar "a história exata e circunstanciada do doente e de seu tratamento, desde a invasão de seus sofrimentos até a sua terminação, bem como o nome do facultativo que lhe ministrou os socorros de sua profissão"[302].

299 Francisco Antonio Azeredo, *op. cit.*, p. 28.

300 Cândido Borges Monteiro, "Parecer sobre o projeto do Sr. Dr. Villardebo, seguido de outro projeto com o mesmo fim", *in Annaes de Medicina Brasiliense*, 1845, vol. I, p. 93. Os projetos e pareceres da Academia Imperial de Medicina em resposta a uma consulta da Santa Casa sobre a criação de um gabinete de anatomia patológica no Hospital da Misericórdia, dão conta desta utilização do corpo do morto como produtor de saber.

301 Theodoro Miguel Villardebo, "Projeto acerca da criação de um gabinete de anatomia patológica oferecido à administração da Santa Casa", *in Annaes de Medicina Brasiliense*, 1845, volume I, p. 91.

302 Cândido Borges Monteiro, *op. cit.*, p. 99.

Disciplinado assim em sua estrutura e em seu funcionamento, revestido de uma operacionalidade que percorre e classifica o corpo do doente até sua redução a peça científica, nasce, com a medicina social, o hospital como instrumento de cura e de conhecimento.

Cemitério

O medo do cadáver. Fato histórico, criação médica. O destino tradicionalmente dado aos corpos mortos é cercado de horror, por disseminar o estado de morte no interior da sociedade. Daí a crítica violenta que atinge as formas de enterro praticadas na cidade, retratadas com a minúcia cheia de espanto e pânico de uma razão que defende a ordem, a limpeza, a saúde. A morte tornada condição física de um corpo deve receber os cuidados com que se entretém a vida. Se houver esta igualdade, os dois estados não se oporão. Caso contrário, haverá luta da qual a morte certamente sairá vitoriosa.

Igrejas e cemitérios eram os locais de enterros. Nas igrejas, os cadáveres eram sepultados por todos os lados: no pavimento, pelas paredes, debaixo dos altares, mesmo por cima deles. Só os católicos podiam aí ser recebidos, sendo excluídos "os gentios, os hereges, os excomungados, os pecadores públicos que morrerem sem sinais de penitência, e os que por crimes horrorosos se fizeram indignos da comunhão dos santos"[303]. Existem

[303] Luiz Gonçalves dos Santos, *Dissertação sobre o direito dos católicos de serem sepultados nas igrejas e fora dela nos seus adros, cemitérios e catacumbas*, 1826, p. 11.

dois tipos de cemitérios: os que ficam perto das igrejas, que têm as mesmas regras que vigoram em seu interior, e o da Misericórdia.

A localização e o funcionamento destes locais fazem deles temerosos espaços portadores de doença e morte. Nas igrejas, as emanações dos cadáveres penetram nas paredes e o ar é úmido e parado. Situação entretida por sua arquitetura que prejudica a circulação do ar, pela queima de velas, pela respiração dos fiéis amontoados, pela sua localização no centro da cidade, em quarteirões populosos. Quadro da confusão, do amontoamento, do imóvel, do asfixiante, da morte. Nos cemitérios, "os cadáveres ali se atiram amontes em um grande valado; são mal cobertos de terra e ainda pior socadas as camadas que neles lançam. Resulta passarem para o ar as matérias gaseificadas dos corpos em decomposição. Quando os valados se abrem, ainda se não acha completada esta decomposição; os ossos saem ainda pegados pelos ligamentos e a putrilagem dos outros tecidos brandos sai com lama nas enxadas, lançando uma prodigiosa quantidade de corpúsculos e emanações pútridas"[304]. Descrição cheia de medo e horror do amontoamento e exibição dos cadáveres decompostos. Nos cemitérios, a circulação de ar não existe. Cercados de casas, no meio de ruas tortuosas e estreitas, sua localização só faz com que o ar se torne mais carregado de emanações mortíferas, ativadas pelo "pouco cuidado" com o sepultamento. E por ficarem no meio da cidade, há pouco terreno para conter os mortos.

Crítica médica que de um lado justifica-se explicando porque os corpos mortos são causa de morte e doença, e que de outro lado procura impor seu projeto de cemitério ordenado, salubre e também moralizante.

[304] *Relatório da Comissão de Salubridade Geral da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro...* 17 de dezembro de 1831, p. 12.

Os cadáveres contribuem de maneira decisiva para a alteração de um elemento sem o qual não há vida sobre a terra: o ar. Que se degenera, que pode tornar-se elemento mortal exatamente por ser vital para o homem. Corpos mortos — focos de exalações prejudiciais aos vivos. Exalações da putrefação, produzidas por um movimento interno aos corpos — que ocasiona exalação das moléculas mais móveis das substâncias e partes constituintes dos animais — e aceleradas pelo ar — que cede uma porção de seu oxigênio ao carbono e hidrogênio do corpo. A análise química e fisiológica fornece a base para se pensar em apodrecimento do ar pela putrefação do corpo.

A neutralização dos efeitos mórbidos causados pelos cadáveres é o objetivo do projeto médico relativo ao cemitério, que se estrutura em dois princípios: a localização e a organização interna. O primeiro pede o fim dos enterros em seus locais tradicionais e a criação de cemitérios afastados do centro da cidade. Além de situar-se "extra-muros", deve-se procurar um local onde possam ser preenchidas, dentro do possível, determinadas exigências em relação ao ar e suas características. As condições atmosféricas ideais para impedir a concentração das emanações pútridas sobre o cemitério são: temperatura baixa, pois a condensação do ar condensa a superfície da terra, fecha os poros exalantes dos animais; ar seco, pois a privação das partes aquosas do ar aumenta sua capacidade de absorção; ar movimentado, pois assim a massa aérea próxima dos corpos exalantes se renova, dispersando as matérias exaladas. Em oposição a estas condições, está a temperatura alta — a rarefação do ar opõe pouca resistência às exalações; o ar úmido — absorve pouco das matérias exaladas, não podendo dissolvê-las devido ao estado de saturação, concentrando-as em um espaço pequeno; o ar imóvel — há pouca renovação, fazendo com que uma pequena porção de ar retenha as emanações [305].

Do segundo princípio, referente à organização interna, depende a total eliminação do morto como causa de morte. O ar deve ser renovado e pouco úmido: árvores e construções prejudicam sua circulação, fazendo com que os vapores recaiam sobre a terra. Só vegetais de pouco porte podem ser plantados, pois seus ramos não barram o vento e seu verde purifica o ar, absorvendo o gás carbônico. O terreno, a extensão dos cemitérios deve ser proporcional ao número de cadáveres: o tempo de destruição e o espaço necessário a cada um devem ser calculados. A observação dos corpos mortos mostrou que eles são focos de onde partem, em todos os sentidos, corpúsculos fétidos. De cada cadáver saem raios, medidos para que se possa estabelecer a separação entre as fossas. Os limites de cada raio devem no máximo coincidir com os limites dos raios de outro corpo. Cada um tem limites determináveis: a interpenetração, mistura de duas mortes, concentra as emanações pútridas e altera o ar. Se entre cadáveres e ar está a terra, esta também é levada em conta no cálculo do cemitério: a terra, apesar de permeável aos vapores, atrapalha os fluxos que saem dos corpos, sendo sua ação proporcional à espessura de camadas. A partir daí e da importância do contato com o ar para que a putrefação se complete, a profundidade das covas é determinada: a espessura das camadas de terra deve ser

[305] Cf. Manoel Maurício Rebouças, *Dissertations sur les inhumations em général (leurs résultats fâcheux lorsqu'on les pratique dans les églises et dans l'enceinte des villes, et des moyens d'y remédier par des cimetières extra-muros)*, tese à Faculdade de Medicina de Paris, 1831; cf. também José Ferreira Passos, *Breves considerações sobre a influência perniciosa das inumações praticadas intra-muros*, tese à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1846.

tal que não impeça totalmente o contato com o ar e não exponha ao ar a totalidade das emanações.

Assim eliminado como local de perigo, o cemitério adquire uma função moral. Ele deve ser local onde o "filósofo, sem ser repelido pelo medonho aspecto da morte, possa meditar sobre o nada da espécie humana, onde o homem soberbo e orgulhoso, reconhecendo o poder de Deus, vá receber lições de moral e de religião, e assim deixe de maltratar os seus semelhantes; nesse lugar o malvado estremecerá quando encarar a pedra que cobre os restos mortais daquele que levou à morte por meio de aflições ou do assassinato. Existindo os cemitérios, as recordações dos homens mais profundamente se gravarão nas idéias e nas gerações futuras (...). As nossas notabilidades desaparecem no meio dos vivos e não fica um monumento, um sinal que as faça jamais lembradas" [306]. Local onde esteja presente a finitude do homem e sua individualidade. Finitude por estar no mundo sob Deus, submisso, tornado nada; finitude que é seu corpo, em suas propriedades, em sua constituição. Individualidade por estar apreendido em seu túmulo, nome e vida, que é registrada, anotada, calculada. Sob a pedra, está um ser finito. Não será este quadro diferente da comunhão entre vivos, mortos e Deus realizada nas igrejas?

Mas, do interior delas, surge um grito de protesto contra o projeto de medicalização da morte: "os nossos maiores, firmes na fé da ressurreição da carne, preferiam sofrer algum incômodo passageiro do mau cheiro dos defuntos, contanto que fossem sepultados no santuário aqueles a quem bem desejariam sepultar no coração" [307]. "Por algum passageiro incômodo de narizes delicados não se deve omitir obra tanto do agrado de Deus" [308]. Significativa imagem, sepultar mortos no próprio coração: imagem da comunhão de vivos e mortos, que ocorre em um espaço santificado, onde Deus e mortos moram, onde os vivos vêm depositar sua crença na imortalidade e na ressurreição, momento em que todas as fronteiras caem, em que se estabelece a continuidade entre duas vidas. Contra a medicalização da morte, proclama-se o direito dos católicos de serem sepultados nas igrejas e fora delas nos seus adros, cemitérios ou catacumbas. "Não basta tanta guerra declarada aos vivos, ainda teremos de ser perseguidos depois de mortos? (...) *Vai-se abrir uma nova casa de saúde pública por todo o Brasil,* pelos conselhos do Filosofismo!" [309]. Assim se expressa a indignação do padre, que em sua época era chamado de Perereca. O cemitério proposto pelos médicos é definido como casa de saúde pública, que por sua vez é assimilada à violência. Se para uns a defesa da saúde pública é a defesa do bem geral e da vida, para outros é guerra, perseguição e pode ser morte. O que para uns é preconceito, superstição, para outros é a verdade. O padre Luís Gonçalves dos Santos tenta convencer as autoridades públicas do perigo que a remoção dos mortos pode representar: o descontentamento popular por ela ocasionado poderá ser aproveitado pelos perversos, com fins revolucionários [310].

Grito no entanto vão. Ao lado das propostas de cemitérios extra-muros, presentes no discurso médico desde 1798, estão atos do governo: em 1801 uma carta régia proíbe o enterro nas igrejas e ordena a construção de um cemitério; em 1825, portaria do Imperador, alegando insalubridade das formas de sepultamento que

306 José Francisco Paula e Silva, *Considerações sobre o pernicioso uso das sepulturas nas igrejas e a conveniência dos cemitérios,* 1848, p. 10.
307 Luís Gonçalves dos Santos, *op. cit.,* p. 11.
308 *ibidem.* p. 19.
309 *ibidem,* p. 34.
310 Cf. *ibidem,* p. 5.

eram de uso no Rio, ordena ao Provedor-mor de Saúde que estabeleça, com a ajuda das autoridades eclesiásticas, um cemitério; em 1832, o Código de Posturas da Câmara Municipal do Rio de Janeiro inicia-se com indicações sobre cemitérios e enterros: ordena que haja atestado de óbito dado por um médico, regula profundidade da cova e tempo em que deve ficar fechado, proíbe enterros nas igrejas e conventos, disposição no entanto só a ser executada quando um cemitério estivesse construído ou quando lugares de enterro tivessem sido estabelecidos.

O primeiro cemitério extra-muros da cidade é criado pela Santa Casa da Misericórdia em 1839. No relatório deste ano, o provedor José Clemente Pereira dá ao cemitério existente próximo ao edifício do hospital — onde no período 1838-1839 foram enterrados 3.194 cadáveres, e nos oito anos anteriores 22.279 — o caráter de "calamidade pública". Alarmado pela contigüidade da morte e da doença, José Clemente consulta a Academia de Medicina sobre a salubridade do local escolhido para o novo cemitério da Misericórdia, a Ponta do Calafate. Aprovado pela Academia e posteriormente pela Câmara Municipal, o cemitério começa a funcionar em julho de 1839. O cemitério antigo fecha suas covas em 1840.

Luiz Vicente de Simoni, em nome da Academia, saúda o provedor, apontando as dificuldades para realizar as propostas médicas, que "haviam até agora naufragado contra as dificuldades e os obstáculos que apresentava a execução e ficado sem efeito. O abuso, o pernicioso costume, apadrinhados por uma especiosa impossibilidade, tinham por toda parte a seu favor uma tolerância aparentemente justificada, uma perfeita inércia da parte daqueles mesmos que mais teriam desejado sua cessação, e cujo oficial dever era o de o promover zelosamente. A remoção de um cemitério urbano para fora desta cidade já parecia uma dessas concepções

ideais que passam como sonho pela mente dos sábios e dos filósofos, e que jamais pode ter realidade. Tudo era silêncio e resignação. (...) A consulta que a este respeito é dirigida a esta Academia, as reflexões, os trabalhos e conselhos desta, já não são meras formalidades e letra morta esquecida nos cantos dos arquivos: eles têm o mais pronto, mais satisfatório dos resultados" [311]. O cemitério da Santa Casa, sem dúvida, é uma vitória a ser cantada. Mas, ainda em 1848, violento discurso [312] continua a denunciar a inércia das autoridades médicas e administrativas. Só em 1850 o governo toma providências definitivas. Como sempre, motivado por uma grande epidemia [313].

Escola

Em 1855, o médico-romancista Manoel Antonio de Almeida retrata, não sem ironia, uma escola "do tempo de Rei". Em seu famoso livro, uma personagem resolve colocar o afilhado em um estabelecimento de ensino: "Com efeito foi cuidar nisso e falar ao mestre para receber o pequeno; morava este em uma casa da Rua da Vala, pequena e escura. Foi o barbeiro recebido na sala, que era mobiliada por quatro ou cinco

311 Carta ao provedor da Santa Casa, anexa ao *Relatório* do provedor José Clemente Pereira, período 1838-1839, p. 21v-22.
312 Cf. José Francisco Paula e Silva, *op. cit.*
313 Cf. lei n. 583 de 5 de setembro de 1850, em que o governo autoriza a contratar com alguma irmandade, corporação civil ou religiosa ou empresários, a fundação e administração de cemitérios, e o decreto n. 796 de 14 de junho de 1851, que organiza a Empresa Funerária.

longos bancos de pinho, sujos já pelo uso, uma mesa pequena que pertencia ao mestre, e outra maior onde escreviam os discípulos, toda cheia de pequenos buracos para os tinteiros; nas paredes e no teto haviam penduradas uma porção enorme de gaiolas de todos os tamanhos e feitios, dentro das quais pulavam e cantavam passarinhos de diversas qualidades: era a paixão predileta do pedagogo.

"Era este homem todo em proporções infinitesimais, baixinho, magrinho, de carinha estreita e chupada, excessivamente calvo; usava de óculos, tinha pretensões de latinista, e dava bolos nos discípulos por *dá cá aquela palha*. Por isso era um dos mais acreditados da cidade. O barbeiro entrou acompanhado pelo afilhado, que ficou um pouco escabriado à vista do aspecto da escola, que nunca tinha imaginado. Era em um sábado; os bancos estavam cheios de meninos, vestidos quase todos de jaqueta ou *robições* de lilá, calças de brim escuro e uma enorme pasta de couro ou papelão pendurada por um cordel a tiracolo: chegaram os dois exatamente na hora da tabuada cantada. Era uma espécie de ladainha de números que se usava então nos colégios, cantada todos os sábados em uma espécie de *cantochão* monótono e insuportável, mas de que os meninos gostavam muito.

"As vozes dos meninos, juntas ao canto dos passarinhos, faziam uma algazarra de doer os ouvidos; o mestre, acostumado aquilo, escutava impassível, com uma enorme palmatória na mão, e o menor erro que algum dos discípulos cometia não lhe escapava no meio de todo o barulho; fazia parar o canto, chamava o infeliz, emendava cantando o erro cometido, e cascava-lhe pelo menos seis puxados bolos. Era o regente da orquestra ensinando a marcar o compasso (...)" [314].

[314] Manoel Antonio de Almeida, *Memórias de um Sargento de Milícias*, capítulo XII, p. 82-83.

Atenção do médico-escritor ao local e ao funcionamento da escola, ao nível material e ao nível da relação entre mestre e alunos. Atenção que recobre a crítica feita pela medicina social às escolas existentes no Rio: nelas, as crianças não encontram as condições que permitiriam seu sadio desenvolvimento. Reunidas geralmente em grande número, são jogadas por um diretor ignorante de higiene em uma mesma casa pouco asseada, situada em ruas acanhadas e tortuosas, no centro da cidade, muitas vezes próxima a hospitais — cujas emanações mórbidas infectam o ar — ou a quartéis — onde se passam cenas obscenas testemunhadas pelas crianças. Além disso, a educação que recebem na escola volta-se basicamente para os livros, desprezando-se a educação do corpo.

Crítica que aponta para uma nova exigência: o controle positivo da vida da criança através de uma instituição para ela voltada, instituição perfeitamente medicalizada. Exigência justificada pela importância da criança para a sociedade. O progresso desta depende do desenvolvimento saudável de cada indivíduo. Transformados os hábitos e fortalecidas as constituições, "nesta idade de cera em que todas as sensações, boas ou más, ficam tão profundamente gravadas" [315], tornar-se-á possível uma sociedade futura moral e fisicamente mais sadia. A medicina é, neste sentido, uma "ciência de acordo com o amor materno: têm ambos a missão de conservar os meninos débeis e de os igualar, se é possível, aos fortes" [316]. Defendendo a saúde física e moral, ela

[315] José Bonifácio Caldeira de Andrade Junior, *Esboço de uma higiene dos colégios, aplicável aos nossos* (regras tendentes à conservação da saúde e ao desenvolvimento das forças físicas e intelectuais segundo as quais se devem regular os nossos colégios), tese à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1855, p. 8.

[316] Antenor Augusto Ribeiro Guimarães, *Higiene dos colégios*; tese à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1858 p. 8.

também está em acordo com os ideais mais nobres da educação; "daí provém a necessidade quase absoluta de em fraternal amplexo viver (a educação) unida à medicina, que em certos casos é a única habilitada a conhecer e fazer desaparecer certas causas que se opõem à boa marcha das coisas"[317]. Não aplicar o saber médico no estabelecimento de ensino significa comprometer o futuro da sociedade e, mais imediatamente, tornar o colégio, de centro de formação de cidadãos sadios e úteis que deve ser, em uma ameaça a seus internos.

A criança é objeto privilegiado da medicina, tematizada como fase específica e como fase primeira de uma existência. Dos cuidados com esta etapa dependem as outras etapas da vida. A criança brasileira, retratada pelos médicos como um pequeno monstro, deve ser transformada. Um dos veículos desta transformação é a escola. Para que cumpra seu objetivo, ela deve estar longe da cidade e organizada internamente de acordo com as determinações médicas, condição para que haja uma investida total sobre a vida infantil. Resultado: uma criança saudável no físico e no moral.

O discurso médico sobre as escolas defende sua localização fora do espaço urbano: não porque sejam agentes de corrupção de sua atmosfera, mas porque não se encontram na cidade as condições de salubridade convenientes aos seus objetivos educacionais — ela é prejudicial à saúde física e moral dos colegiais. Portanto, uma primeira exigência do projeto médico de uma escola-modelo é o isolamento do espaço urbano: que ela se localize de preferência nos arrabaldes da cidade, sobre colinas, distante de mangues, das praias imundas e dos montes; que se edifique sobre um terreno refratário à umidade, em local arejado e ensolarado, com ruas

317 Fructuoso Pinto da Silva, *Higiene dos colégios*, tese à Faculdade de Medicina da Bahia, 1869, p. 6.

largas e asseadas; que o seu meio ambiente, afastado dos vícios de conduta e de higiene da cidade, permita o desenvolvimento da saúde física e moral das crianças.

A intervenção sobre o interior da escola possui dois aspectos: um ligado à materialidade do edifício, de suas disposições internas, de seus acessórios; outro ligado diretamente aos indivíduos que estão presentes no interior do estabelecimento. Estes aspectos são interrelacionados, na medida em que uma determinada disposição do espaço permite não só garantir as condições de saúde física — que por sua vez garantem a saúde moral — mas também porque permite um maior conhecimento, controle e intervenção sobre os indivíduos. A intervenção direta sobre estes é facilitada e mesmo possibilitada pela disposição material do interior do edifício. O estabelecimento escolar é uma "pequena cidade onde os habitantes (são) inexperientes e ainda ignorantes" [318], mas cuja organização orientada pelas luzes da medicina faz prever sua gradativa transformação, objetivo presente em todas as medidas médicas de ordenação do espaço escolar e de controle do tempo e corpos dos educandos.

Atravessando o discurso sobre a materialidade da escola, existe um elemento: o ar. Trata-se de obter uma boa ventilação e de evitar a sua corrupção. Assim, o edifício deve ter amplas janelas; suas paredes não devem ser pintadas a óleo, pois a estas pinturas se aderem matérias orgânicas, e sim caiadas anualmente; os assoalhos devem ser encerados para evitar a absorção de liquidez ou miasmas; o teto deve ser liso e sem relevos, sem frestas, para que não haja acumulação e retenção de miasmas. Os dormitórios devem ser espaçosos e suas dimensões calculadas rigorosamente, segundo a necessi-

318 Fructuoso Pinto da Silva, *op, cit.*, p. 6.

dade de renovação do ar. Devendo janelas e portas ficarem inteiramente fechadas durante o sono, pelo mal que poderia causar o ar noturno, frio e úmido, é necessário que os dormitórios, assim como as demais peças do edifício, tenham pequenos respiradouros. Os leitos devem ser colocados a uma distância de quatro ou cinco metros um do outro, sendo de ferro para impedir a aparição e proliferação de insetos. É conveniente que os colchões sejam duros e que se evite o uso dos cortinados, que permitem a formação de uma atmosfera artificial de ar estagnado, além de impedirem a observação, pelo vigia, do jovem durante o sono. As cozinhas e latrinas devem ser suficientemente isoladas da parte habitada pelos alunos e construídas de maneira que a exalação que delas se desprende não cause danos. Também afastada deve ficar a enfermaria, dotada de salas para moléstias ligeiras, graves e contagiosas. A sala de aula também deve ter determinadas características: espaço suficiente para que cada menino disponha de quinze metros cúbicos de ar; sistema de ventilação; vidraças que cortem a luz solar, que possam abrir-se e fechar-se com facilidade; assoalho ou estrado de madeira para facilitar a limpeza e evitar o frio nos pés; bancos de madeira adequados à idade dos alunos; mesas ligeiramente inclinadas, dispostas de modo a receber a luz de lado, desiguais em altura, estando as mais baixas próximas ao mestre, para que sua vigilância possa se estender sobre todos; estrado elevado para o mestre. Para que estas disposições se conservem saudáveis, é necessário que a iluminação não seja feita a gás, que desprende substâncias tóxicas, nem usando velas de sebo e azeite, que produzem cheiro nauseabundo. A iluminação mais conveniente é a provinda de velas de cera. A limpeza é a outra condição para que seja preservado o estado de salubridade do estabelecimento: salas, escadas e corredores devem ser varridos todos os dias e lavados quinzenalmente, para evitar a infecção do ar [319].

Se a escola materialmente é fundada nas determinações médicas, as pessoas que nela convivem são objeto de atenção que complementa o aspecto anterior. Para que uma escola exista e funcione, são necessários funcionários, professores e crianças. Todos eles, segundo os médicos, devem ser penetrados e desvendados por uma sábia autoridade, à qual devem se relacionar em termos de subordinação: a presença médica não deve se restringir ao espaço da enfermaria; seu poder de decisão e organização deve ser amplo, ocupando toda a escola.

É o médico que deve decidir sobre a admissão de funcionários e professores, pois é ele que em última instância é capaz de avaliar a idoneidade moral e intelectual das autoridades educacionais: "um mentor de hábitos depravados (...) resultará para o espírito o mesmo desmerecimento que no corpo produz alimentação com substâncias corruptas, ou a inalação de um ar impregnado de miasmas" [320].

Mas, sem dúvida, o objeto privilegiado da atenção médica é o jovem estudante. Chegando à porta da escola, ele passa a ser domínio médico, igualando-se a todos os outros. Sua sujeição a uma instância de decisão dotada de ciência é condição essencial para que a função conhecedora e transformadora da medicina se exerça: representa o despojamento de qualquer relação com o externo, de qualquer poder que o estudante poderia, por sua riqueza e família, ter. Não é à toa que os médicos defendem o uniforme: "a uniformidade no vestuário deve ser adotada em todos os colégios; ces-

[319] Sobre essas medidas, cf. por exemplo Antenor Augusto Ribeiro Guimarães, *op. cit.*, p. 49.

[320] José Bonifácio Caldeira de Andrade Junior, *op. cit.*, p. 13.

sem nos pórticos dos liceus as vaidades e ostentações" [321]...

Já no momento da matrícula, o médico deve realizar uma inspeção física e moral, verificar a vacinação dos jovens, fazer um levantamento geral da saúde do candidato. Trata-se de uma primeira triagem, que individualiza cada estudante. Dentro da escola, os médicos propõem uma segunda triagem, que classifica de acordo com as idades, constituindo, do aglomerado de estudantes, grupos uniformes que facilitarão o controle eficaz de cada um. Cada divisão deve ser presidida por um inspetor encarregado de vigiar o asseio e o comportamento dos alunos. O objetivo de ordenar o aglomerado humano confuso e anônimo das escolas, pela individualização de cada membro, encontra um bom exemplo na proposta de fundação de escolas que atendessem às condições higiênicas convenientes aos diversos temperamentos. Estes colégios-hospitais estariam situados em regiões secas e doces para o sanguíneo, em montanhas de ar vivo e frio para os linfáticos, em lugares rudes e montanhosos para os nervosos. Um autor finaliza sua proposta, apelando para o poder político: "Confiamos que o governo concorrerá para que em algumas províncias se estabeleçam estas casas de educação que salvarão das garras da morte e levarão a um vantajoso desenvolvimento físico, os rebentões de grande número de famílias já decaídas" [322].

Dentro da escola, há uma investida sobre a totalidade da vida dos colegiais, condição para que se opere a transformação desejada e procurada. O dia e a noite são objeto de controle, de vigilância, são momentos detalhadamente esquadrinhados. Nada deve escapar ao poderoso olhar que tudo conhece, que por todo lugar penetra. Olhar tanto mais poderoso por ser sábio.

[321] Cândido Teixeira de Azevedo Coutinho, *op. cit.*, p. 14.
[322] Antenor Augusto Ribeiro Guimarães, *op, cit.*, p. 23.

Estabelece-se então um programa a ser seguido, articulação de um minucioso controle e de uma minuciosa construção do corpo e da moral dos estudantes. Eles devem levantar-se às seis horas, deitar-se às vinte e duas; quatro horas de estudo, três horas de curso, duas horas para as refeições, uma hora para banhos e cuidados de asseio, uma hora para música e arte, uma hora para ginástica e quatro horas para jogos, esculturas e artes mecânicas.

Regime que deve enfrentar duas desordens: a desobediência e a masturbação. Momentos de quebra da grande monotonia escolar. À desobediência, responde-se com o castigo, que deve ser antes moral que físico: "graças aos progressos das ciências e das instituições, já não são reduzidos os inocentes meninos, à maneira de animais, a ser fustigados e batidos como outrora, e já lá se vão os tempos em que os colégios eram o pelourinho dos meninos indóceis e desenfreados" [323]. O castigo significa basicamente tornar público o ato desobediente para causar no infrator o necessário constrangimento disciplinador. A comparação do seu mau comportamento com o dos demais alunos o envergonhará e corrigirá. A punição visa não à expiação da culpa mas a mostrar a incompetência do faltoso. Punições e gratificações entram no jogo disciplinar dentro desta perspectiva de comparação de condutas.

A masturbação aciona controles diurnos e noturnos, cria características específicas no interior da escola. Os mecanismos que procuram fazer da criança um ser perfeitamente saudável física e moralmente se unem, se aguçam, se clarificam na ação relativa à sexualidade infantil. A masturbação, "culto que termina quase sempre com o sacrifício da saúde e do pundonor", que perverte uma aptidão pela "exaltação prematura do instin-

[323] Fructuoso Pinto da Silva, *op. cit.*, p. 20.

to de reprodução" [324], é vista com medo. Perigo que se estende como as epidemias, que encontra nos internatos as condições ideais para o seu aparecimento: "E, cousa notável e terrível, o onanismo é contagioso, uma só ovelha leprosa basta para contaminar um rebanho inteiro (...). A julgar pela minha própria experiência, em dez masturbadores em que a saúde se alterou imediata ou consecutivamente, pode-se contar nove que se perderam no colégio ou em um internato" [325]. Mal que "derroca as mais robustas constituições e as predispõe às mais aterradoras moléstias", a masturbação provoca a tísica, a loucura, a epilepsia, a hipocondria, a flegmasia crônica de todos os órgãos e finalmente a morte.

A mais indicada das medidas médicas para prevenir o onanismo é a ginástica: "o menino ágil e forte é raras vezes dado a este vício, enquanto que o indolente e fraco, só por milagre escapa a ele. Ao passo que o aparelho genital do primeiro sofre até a época da puberdade uma espécie de atrofia que contrasta com o vigor dos seus membros, o do segundo adquire por um estímulo constante um desenvolvimento muitas vezes considerável. As forças do organismo chamadas ao centro de ação, abandonam o cérebro, o ventre, o peito e os músculos; quanto mais progride a fraqueza tanto mais se aumentam as disposições viciosas, convém pois sujeitar o menino a trabalhos musculares até quanto permita seu temperamento, máxime nas proximidades da puberdade" [326].

Além da ginástica, outros meios de prevenção e "investigação deverão ser postos em prática a fim de surpreender-se o segredo, em geral difícil de ser ocultado aos olhos do observador perspicaz e, descoberto este, restará empregar os meios que a razão nos dita e que

[324] José Bonifácio Caldeira de Andrade Junior, *op. cit.*, p. 30.
[325] Antenor Augusto Ribeiro Guimarães, *op. cit.*, p. 47.
[326] *ibidem*, p. 24.

a ciência nos aconselha para desenraizarmos o mal se possível for, ou pelo menos atenuarmos a acrimônia das suas conseqüências" [327]. Daí a necessidade de: observar e seguir o estado da constituição dos alunos e suas disposições morais; examinar todos os dias, especialmente se houver suspeita, leitos e vestes; visitar os dormitórios várias vezes durante a noite, observando-se o modo como os meninos se deitam e o que fazem antes de dormir; não admitir alunos de costumes e hábitos suspeitos; proibir a conservação e leituras de livros eróticos: proibir as palestras levianas entre alunos: cuidar para que não haja, no colégio, gravuras eróticas; repartir os dormitórios de modo que haja separação de idades; impedir aglomeração de jovens sem a presença de um "censor moralizado" que deve presidir suas conversações, estudos e recreações; proibir comunicação muito livre entre pensionistas e alunos externos; advertir asperamente o culpado, segundo a gravidade medicá-lo e em último caso expulsá-lo do colégio. Nessas medidas, trata-se de interromper uma comunicação desordenada entre indivíduos, origem de vício, e estabelecer outra que permita um detalhado conhecimento dos hábitos de cada pensionista e obter assim um controle do seu comportamento que previna a prática proibida.

Trata-se, portanto, de uma nova escola. Que faz de cada minuto da vida do estudante objeto de conhecimento, intervenção, controle. Que exige dos professores e funcionários determinados atributos. Que possui um espaço milimetricamente salubre, apto a criar saúde física e moral. Grande diferença daquela escola onde reina o medo da palmatória, onde os alunos recitam tabuadas, onde o mestre franzino é rei, onde a casa escura e barulhenta fica em rua tortuosa.

[327] José Bonifácio Caldeira de Andrade Junior, *op. cit.*, p. 30.

Desde os tempos do Marquês do Lavradio, a consideração das precárias condições em que vivia a tropa acompanhou-se de constantes medidas reorganizativas, que se intensificaram com a chegada da corte no Brasil e se consolidaram durante o período regencial. Tais medidas visavam a dar maior organicidade, uniformidade e disciplina a unidades díspares e fragmentadas, desordenadas e muitas vezes rebeldes, e tinham como objetivo não só enfrentar os inimigos externos como as rebeliões internas, garantindo a unidade do Reino e do Império.

Dentro deste quadro, a medicina do século XIX define sua atuação relativa à força militar e procura marcar seu lugar de intervenção no espaço do poder instituído: a eficiência do exército — corpo de defesa formador dos valores nacionais — depende, segundo os médicos, da higiene militar, apontada como a mais alta e digna especialidade da higiene pública, tanto pela profissão a que se aplica, uma vez que a tropa é a defensora do poder contra as facções interna e estrangeiras, garantia da paz que consolida a posse dos bens da nação através de forças moral e materialmente poderosas, quanto pela natureza das observações que oferece à consideração médica, uma vez que o soldado, exposto a intempéries, fadigas e privações, vive uma condição limite que o torna campo privilegiado de observação [328].

A medicina social privilegia, na investida sobre o exército, um espaço institucional: o quartel. Mas, observam os médicos criticamente, no Brasil, como em outros países, os quartéis foram instalados em construções que primitivamente serviam a outros objetivos; as adaptações introduzidas não corrigiram os inúmeros inconvenientes que a má habitação traz à saúde dos indivíduos que ali se acumulam para passar grande parte de suas existências. "Infelizmente, a maior parte dos quartéis foram primitivamente edifícios destinados a outro uso; um grande número de conventos têm sido convertidos bem ou mal, e o vício da distribuição interior reage sobre a salubridade destas habitações, talvez dispendiosamente transformadas" [329].

Formula-se então a necessidade de um novo espaço, que atende à exigência de formação de corpos regulares, selecionados e educados de acordo com os preceitos da ciência médica. Formação que deve ser permanente e contínua, não podendo dar-se na proximidade do momento excepcional do combate, mas deve estender-se ao tempo de paz e, neste, ocupar toda a vida do indivíduo. Permanência e continuidade que exigem a concentração de pessoas em locais especialmente destinados a essa finalidade. A análise e proposta médicas têm como objetivo definir o processo de produção do soldado bem formado física e moralmente, que aja e sirva na guerra e na paz como modelo de cidadão perfeito. Objetivo que, para ser alcançado, necessita de um quartel totalmente medicalizado.

Meio artificial, criado pelo homem, uma escolha consciente deve presidir sua localização: "Os quartéis, cujo fim é receber de uma maneira permanente, reuniões mais ou menos consideráveis de homens, devem ser edificados em espaços livres, a uma certa distância das habitações particulares, longe de focos de infecção

[328] Cf. T. Rodrigues Pereira, *Algumas considerações sobre higiene militar em campanha*, tese apresentada à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1845.

[329] José Muniz Cordeiro Gitahy, *Da higiene militar do Brasil*, Rio de Janeiro, sem data.

de toda a espécie; eles devem constantemente ser bem arejados, ventilados e claros" [330].

Além de sua localização, merece atenção particular sua organização interna, tematizada em dois níveis: um primeiro, referente às disposições higiênicas do espaço; um segundo, referente a todos aqueles que convivem em seu interior.

O ar e a luz são os dois principais fatores que devem ser levados em consideração na construção dos quartéis. Para permitir a boa circulação do ar e impedir a umidade, os alojamentos devem assentar-se em terrenos altos e secos: "Para que eles sejam bem arejados, convém que a sua posição seja no alto da localidade, circunstâncias tão vantajosas nas cidades, onde o ar circulará mais livre e puro, como nos campos, onde estará mais isento desses miasmas, que a umidade, entretida pela corrente das águas ou pelas marés, desenvolve sempre com uma intensidade variável" [331].

É ainda a preocupação com o ar que justifica a forma da construção: "Para que não se tornem precisos os ventiladores artificiais, convém que a forma geral do quartel seja de um vasto quadrado ou paralelogramo: de maneira que compondo-se o edifício de quatro grandes galerias, que se tocam por suas extremidades, exista no centro um espaço livre e suficiente, onde a atmosfera estará sempre pura, e o ar se renovará nas companhias por meio de grande número de portas e janelas, que se deverão abrir aproximadas entre si: e não só na parede interior, como no exterior do edifício" [332]. De tipo monumental, o quartel deve ter extensão suficiente para a acomodação de todas as companhias, diferentes serviços, refeitório, dormitório, etc. E também para a capela, a escola e a prisão. Anexas

330 *ibidem*, p. 90.
331 *ibidem*.
332 *ibidem*.

à parte posterior do edifício, uma de cada lado, devem haver duas galerias, para a cozinha e depósito de alimentos e para as latrinas, cuja má disposição e conservação concorrem poderosamente para a infecção do ar.

A extensão dos quartéis deve ser proporcional a seus habitantes e essa proporção é regulada, ainda, em função do ar. "Também é necessário dar-se aos quartéis uma capacidade correspondente ao número de indivíduos que neles têm de habitar, e como experiências, repetidas por grande número de autores, têm demonstrado que para se respirar um ar puro e conveniente à respiração nas localidades em que habita uma coleção de indivíduos são necessários pelo menos para cada pessoa 15 palmos cúbicos de ar por hora, deverá regular-se a capacidade total de cada companhia de tal sorte que a cada soldado se dê essa quantidade de ar atmosférico para respirar" [333].

Nos dormitórios, as tarimbas, além de incômodas, têm "o inconveniente de permitir a demasiada aproximação dos soldados durante o sono; de tal sorte que a zona de respiração de cada homem se confunde com a de seu vizinho, e ambos respirando um ar mais impuro, participando demais da natureza do ar expirado. Portanto, devem ser dispostos nas companhias leitos separados (como já se observa na Corte, segundo nos informam) afastados um do outro palmo e meio; o seu número deve ser determinado segundo a capacidade cúbica e não segundo a superfície da companhia" [334].

A luz é, como o ar puro, indispensável à salubridade do quartel: "Numerosas experiências feitas sobre animais e vegetais, e muitas observações têm demonstrado que a luz quase que não é menos necessária do

333 *ibidem*,
334 *ibidem*, p. 91-92.

que o ar atmosférico para a conservação e o desenvolvimento dos seres organizados. Importa, pois, que a luz penetre livremente nos quartéis, e não só a luz difusa, como os raios solares mesmos. Portanto, deve haver o maior número possível de portas e janelas (especialmente opostas entre si) que trazem a dupla vantagem de ser bem arejado e claro o interior do edifício" [335].

Um espaço amplo, visível, geometricamente ordenado, em que circule um ar puro cujo cálculo de proporção evita os males do acúmulo humano, eis o ideal resumido do quartel dos meados do século XIX.

O outro nível de tematização do interior do quartel diz respeito aos homens que nele funcionam. Uma primeira exigência é a presença médica: defende-se a inclusão na tropa de profissionais competentes porque especializados e que sejam, em troca, devidamente considerados e remunerados, encontrando condições técnicas, administrativas e morais para o exercício de sua ciência, para além dos interesses particulares e mesmo da autoridade hierárquica, se esta não quiser submeter-se aos ditames da razão médica. Presença que deve ser constante, permeando todos os instantes da vida do soldado.

Momento de extrema importância para o exército é o recrutamento. A preocupação da medicina com a ordenação dos locais em que se reúnem pessoas com objetivos militares de vida em comum para instrução e treinamento — definidos permanentemente por um estado de guerra atual ou possível — aponta como tarefa inicial a seleção rigorosa dos homens.

A principal causa de morbidade e mortalidade em nosso exército reside justamente na violação dos preceitos médicos que deveriam orientar o recrutamento. Por negligência ou por necessidade, a má escolha tem presidido a maior parte dos recrutamentos, admitindo-

[335] *ibidem*, p. 91.

se ao serviço recrutas com pouca idade, de constituição débil, inexperientes e cuja súbita mudança de hábitos a que são submetidos arruina-lhes a saúde. Os hospitais militares bem atestam esse péssimo sitema de recrutamento, determinado não por um regulamento que marque as condições físicas individuais que um cirurgião militar deve ter presente quando examina recrutas ou voluntários, mas pela "vingança eleitoral, o despeito de certos potentados d'aldeia e o sangue assassino e malvado" [336]. Além de expor nosso exército à troça do estrangeiro, tal sistema representa um ônus exagerado para a fazenda pública. Os fracos não podem, assim, ser aceitos indiscriminadamente ao serviço militar: "A força de constituição deve fixar hoje toda a solicitude do médico que faz parte das juntas de inspeção: infelizmente os funcionários civis, que recrutam o maior número de indivíduos, não refletem bastante nas rudes provas da vida militar, e por um erro inqualificável julgam bem merecer das populações entre as quais se acham, desembaraçando-as de seus piores elementos por meio do recrutamento" [337].

Na admissão de novos contingentes a intervenção médica encontra um momento privilegiado, garantia de sua utilidade para a eficácia do exército e a possibilidade mesma da própria eficácia de sua ação contínua no interior da tropa. É nesse momento que se joga toda a responsabilidade do cirurgião militar que deve, no exercício de um olhar aguçado, saber reconhecer os sinais característicos do homem bem constituído, diante de duas situações opostas: a do voluntário que oculta a moléstia ou disformidade que realmente lhe afeta e a do recrutado à força que afeta uma deficiência que

[336] E. A. Pereira de Abreu, *Estudos higiênicos sobre a educação física, intelectual e moral do soldado*, Rio de Janeiro, 1867, p. 28.
[337] J. M. C. Gitahy, *op. cit.*, p. 46.

realmente não possui. Ambos oferecem sinais contraditórios que procuram perturbar o olhar observador do médico e este, muitas vezes por sua baixa qualificação profissional, deixa-se enganar. Esse olhar armado, que diz respeito ao aspecto físico do candidato, deve ser complementado por uma informação prévia sobre a sua moral. O olhar médico, instruído no momento do exame a detectar a boa constituição física e fisiológica, deve somar-se à observação policial, capaz de dar a imagem da boa ou má constituição moral: seria "de grande utilidade haver uma medida policial ainda que esta seja limitada, a reconhecer-se da moralidade do indivíduo antes de o submeter ao exame de sanidade, condição esta de grande alcance pois pelo seu passado poderemos prever o futuro que o aguarda" [338].

Uma outra dificuldade que o médico experimenta, em sua tarefa de seleção científica de pessoal para nosso exército, é relativa aos modelos antropométricos, adaptados a uma população com características muito diversas da nossa, como a européia. A variedade dos tipos, multiplicada pela miscigenação, põe o médico frente a uma população caótica e o exército, sem o auxílio da medicina, reflete internamente essa condição. Daí a necessidade de regras científicas para o recrutamento, que a medicina, assessorando o Estado, pode fornecer. Assim, por exemplo, quanto à altura e idade em relação à constituição geral do indivíduo, se o governo "estudando tão importantes pontos de estatura e idade do indivíduo, marcasse um ponto fixo, o exército lucracia, e o ridículo e as desproporções maravilhosas desapareceriam dos nossos corpos e, por conseqüência, sua sensível mortalidade" [339].

O recrutamento científico, além disso, tem vantagens adicionais: ajuda a formação de um saber sobre

338 *ibidem*, p. 31-32.
339 E.A. Pereira de Abreu, *op. cit.*, p. 37.

a população como um todo, sua diferença regional quanto aos hábitos, sua diversidade de composição étnica.

No interior do quartel, depois do recrutamento, o soldado será alvo de um constante adestramento, minuciosamente regulado pelo saber médico. A conformação do espaço do quartel de pouco valeria se um conjunto de atividades não viesse cobrir, por inteiro, o tempo do soldado, cuja ociosidade arruina a saúde e desperta o vício, surpreendendo-o despreparado a convocação para a guerra.

No quartel, que reúne em si diversas instituições como a igreja, a escola, o ginásio, a prisão, o recruta brasileiro deve receber uma formação completa. A instrução religiosa e a educação elementar serão asseguradas pelos capelães, cuja escolha deve ser rigorosa, tanto intelectual como moralmente: o clero encontrará aí onde empregar suas funções, escapando à ociosidade e possível descrédito. Os capelães devem viver em intimidade com os soldados, em geral espíritos vacilantes e inteligências acanhadas, impressionando-os para gravar neles as santas leis: "Confessando-os uma ou duas vezes por ano, o capelão tornar-se-á senhor dessa alma mais ou menos dedicada a Deus, conhecerá sua índole, seu passado e as ambições que alimentam as pulsações de seu coração..." [340].

O adestramento do corpo pelo exercício ginástico vem completar o adestramento do espírito e da mente. Não é no número que está a força de um exército: "muitas vezes esse mesmo número avultado os enfraquece desde que não reine em suas fileiras a precisa disciplina e coragem, constância e sobretudo a agilidade..." [341]. Tais virtudes são obtidas através da ginástica. A necessidade de divisão e ações parciais nas batalhas

340 *ibidem*, p. 9.
341 *ibidem*, p. 11.

exige que o soldado tenha capacidade e coragem que não depende apenas da força do batalhão: os exercícios de evolução e manejo de armas não bastam. Num país como o Brasil, de montanhas, florestas, rios e precipícios, que dificultam as ações dos diferentes corpos militares, a ginástica é indispensável. Seu efeito é global sobre o indivíduo: "A ginástica, obrando sensivelmente sobre o físico, atua da mesma forma sobre o intelectual e o moral, e estimulando o cérebro dá coragem, energia e atividade, constituindo o mais poderoso preservativo contra a ociosidade e maus hábitos" [342]. O tempo de folga será consagrado, assim, também aos exercícios e todos os corpos devem possuir escolas, cujos instrutores sejam orientados por um cirurgião militar que evite os excessos perniciosos aos fracos e iniciantes. Os médicos devem flagrar os astuciosos que procuram ecapar aos exercícios: "dessa forma o soldado (o) olhará como seu superior e ao mesmo tempo como amparo ou guia do seu bom ou mau estado normal..." [343]. Como complemento da ginástica, a prática de esportes tais como a esgrima, a natação e a equitação, os grandes espetáculos públicos — que estimulam a competição e desenvolvem o amor à guerra — são meios de manter o soldado permanentemente ocupado e de lhe fortalecer o corpo e o espírito: "Com semelhante educação e com os exercícios acima apontados a deserção afungentar-se-ia naturalmente de nossas fileiras, porquanto a ociosidade a que se entregam presentemente os nossos soldados durante o tempo de descanso ou folga ver-se-ia subjugada pela instrução conveniente oferecida às praças do exército brasileiro" [344].

Cabe à medicina, portanto, contribuir para a ordenação da tropa como espaço privilegiado de formação

342 *ibidem*, p. 15.
343 *ibidem*, p. 22.
344 *ibidem*, p. 26.

do indivíduo, preservando-a do caos exterior. Sua ajuda é imprescindível na tarefa de devolver à pátria o indivíduo, como cidadão modelo. Selecionado racionalmente em uma população plurimorfa por apresentar uma boa constituição relativa às condições singulares de nosso país — isto é, por apresentar as condições mínimas de possibilidade de sua transformação — o recruta será submetido a uma educação medicamente orientada. A medicina vê essa educação em toda a sua amplitude política, porque é capaz de elaborar sua teoria e tem os meios para promovê-la: "A utilidade desta educação o próprio soldado reconhecerá; tornando-se mais corajoso, dócil e subordinado, refletirá melhor nos regulamentos que lhe cumpre respeitar, nascendo daí uma boa disciplina para o corpo a que pertence, tornando-se este mais considerado, e conhecendo a Constituição do país e suas leis, desenvolver-se-á o caráter nacional com ardor em seu coração, e quando se trate de defender o país eles saberão manter a sua honra (...). Desta forma, a educação de uma nação fácil e rapidamente se desenvolverá, porquanto aqueles que deixam as armas contraindo novos hábitos, qualidades físicas e morais, e tornando-se por conseqüência amigos da ordem e trabalhadores, irão ensinar a seus filhos, e a seus concidadãos o exemplo de fidelidade, o respeito às leis e obediência cega aos poderes do Estado, e mui principalmente ao judiciário" [345]. A periculosidade de um soldado sem virtudes é essencialmente política: ela afeta tanto o povo como o próprio monarca: "(...) ao povo porque pode ser comprado ou manejado de tal forma, contando-se com a sua credulidade ou ignorância, que dirigindo-se contra ele torne-se seu inimigo, servindo de instrumento a fazer desaparecer toda a sua liberdade; ao monarca, tornando-se exigente, visto ser

345 *ibidem*, p. 7.

necessário, há de querer que todos os seus caprichos e vontades insensatas sejam cumpridas; a menos que uma barreira baseada no bom-senso se anteponha aos seus desejos, o poder que juraram defender desaparecerá de um sopro, ficando em seu lugar a revolução onde eles julgam encontrar seu bem-estar e o cumprimento de suas ambições" [346]. A educação física e moral do soldado, tornando-o defensor do trono face à revolução e do povo face ao trono tirânico, liga intimamente a medicina ao destino político da nação.

A medicina projeta assim o indivíduo comum nas coordenadas de tempo e espaço do quartel e prescreve o processo gradual de sua transformação em cidadão modelo.

Prisão

Desde o início de sua reflexão, a medicina social não ignorou a questão das prisões e dos prisioneiros; criticou as condições de detenção e propôs medidas higiênicas e disciplinares como dispositivos de uma estratégia de recuperação.

O primeiro aspecto da crítica médica é uma consideração higiênica: os lugares de reclusão reúnem em elevado grau as causas mais eficazes de insalubridade fazendo com que não só os detentos mas toda a população estejam expostos sem defesa às influências morbíficas e destrutivas.

Sua localização é um testemunho. São habitualmente situados nas partes menos arejadas das cidades,

[346] *ibidem.*

espremidos em espaços estreitos, cercados de obstáculos à ventilação e à insolação. Na "época do Rei" os presos civis estavam encarcerados no *Aljube,* até então local exclusivo de detenção dos eclesiásticos, pouco espaçoso, em um dos bairros mais insalubres, situado ao pé de uma montanha, em rua bastante estreita. O que faz o Dr. Tavares exclamar: "A chegada do soberano ao Rio de Janeiro foi para os brasileiros fonte de prosperidade, de honras, de distinções, de riquezas para o mérito; de graça e de proteções para os oprimidos: mas o infeliz aprisionado não gozou de nenhum dos benefícios que um acontecimento tão notável poderia ter-lhe dado" [347]. As condições gerais da cidade ou dos bairros onde se situam as diversas casas de reclusão têm uma influência perniciosa sobre a população obrigada a habitar esses espaços fechados. Defeito porém, não só de localização como também de construção e distribuição espacial dos edifícios, que não permitem a entrada em seu interior de ar e luz: cárceres em geral estreitos, escuros e úmidos. Reflexão higiênica que se aproxima mais do indivíduo quando critica suas vestimentas esfarrapadas ou sua nudez quase absoluta e o regime alimentar à base de pão e água, às vezes tão exíguo que se morre de inanição.

Assim, os locais de encarceramento — com pouca ventilação, pouca luz, celas estreitas e sujas, alimentação deficiente, trajes sujos e rasgados — são focos permanentes de doença e de morte. Doenças que, segundo Tavares, se definem pela gravidade, pelas complicações que sempre a elas se ligam, pelas poucas chances de cura, pela tendência à recaída e principalmente por sua natureza contagiosa[348]. Considerações que vinte anos mais tarde serão retomadas em um tom patético por outro doutorando de medicina: "Porque a sociedade deve

[347] J.F. Tavares, *op.* cit., p. 43.
[348] *ibidem,* p. 40-41.

exigir a reparação da ofensa a si feita, não quis de certo que para isto fossem os desgraçados presos sepultados em vida numa úmida, infecta e escura masmorra, onde muitas vezes a virtude, algemada e coberta de miséria, calcada tem sido pelos déspotas e tiranos; que, em vez de ar puro, só respirassem o já corrupto e impregnado de emanações miasmáticas; que alimentos imundos viessem nutri-los e poucos trapos cobrir sua nudez; que de cama finalmente algumas palhas ou o próprio solo lhes servissem: ah! quem, quem ignora que tudo isto, além de cruel e inumano, constitui um terrível foco de males, donde essa mortífera e devastadora epidemia, o tifo, tem saído para ceifar milhares e milhares de cidadãos?!!" [349].

Caracterização higiênica que se completa com uma reflexão disciplinar: o encarceramento não só é causa de doença como produz e reproduz o crime. Os motivos principais desta outra forma de anomalia são o contato desorganizado entre os prisioneiros e o tipo específico de punição a que estão submetidos.

A cadeia é um espaço fechado onde os presos são amontoados. Amontoamento que representa um perigo na medida em que pode significar a formação de um bloco de resistência e de degradação; como também porque possibilita que os prisioneiros possam tanto planejar fugas passíveis de maior sucesso quanto atuar uns sobre os outros no sentido de elevar todos na escala do vício: "Se examinarmos uma reunião de homens culpados, ouvir-se-ão logo expressões de perversidade; a mútua aquisição de seus pretéritos crimes individuais então renasce; apontam os que comemoram suas façanhas os meios que para elas empregaram, estudam manhas com

349 Cesário Eugênio Gomes de Araújo, *Dissertação sobre a higiene das prisões*, tese à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1844, p. 10.

o que no futuro se subtraiam às pesquisas da polícia e à espada da justiça. Nesses conclaves de discussões, em que cada um refere os belos frutos de sua funesta experiência e de suas longas reflexões, gastam o tempo que deveriam empregar em trabalhos úteis; os mais habituados, já endurecidos no vício, manifestam vivamente sua aprovação pela astúcia de uns e lamentam a simplicidade de outros; e são estes que presidem a assembléia, que propagam o contágio; que provocam e excitam o ódio de seus companheiros contra a sociedade, a quem fazem jurar uma guerra implacável sob o frívolo pretexto de que são vítimas inocentes, quer dos prejuízos desta sociedade, quer mesmo dos erros ou incúria de seus juízes. Com isso movem e conduzem as inclinações, ainda não tão depravadas, ao último termo da perversidade. (...) Praza aos Céus que em poucos anos desapareça de entre nós o péssimo sistema da aglomeração" [350].

Aglomeração significa, portanto, impossibilidade de ordenar a comunicação entre os prisioneiros, que então podem estabelecer uma rede que impossibilita o conhecimento e o controle, que os constitui como bloco, como um todo indiferenciado e opaco à penetração dos olhos e do braço da justiça, rebelde ao reconhecimento do erro e à submissão. O amontoamento propicia a continuidade do crime. Permite que pessoas acusadas de crimes diferentes, misturem-se, "contaminando-se" e deflagrando uma epidemia de crimes talvez incurável. Aglomeração e vício estão indissociavelmente unidos. A cadeia é a escola do crime.

O outro fator é o sistema de punição baseado no terror e no medo. "O criminoso se consubstanciava com o crime, ou desaparecia amputado do corpo social ou sofria a pena que pelo terror o coibisse de no futuro

350 *ibidem*, p. 23.

novamente perpetrar a ação proibida"[351]. Punição que se liga a castigos corporais, desprezando a vida dos condenados, mas que é totalmente ineficaz. Punir usando o terror e contando com o medo que este propaga não impede a continuação do crime. É um excesso de violência que só leva a uma reação igualmente violenta. A punição aparece como vingança que, como tal, poderá ter como resposta um número infinito de vinganças. E o medo, como forma de prevenir a ocorrência de um crime, é igualmente ineficaz. Pois "a que móvel se dirige o medo? A um só — ao interesse — o de não sofrer um mal que injuria moral ou fisicamente. O que é a satisfação de uma inclinação, de um desejo, de uma paixão desordenada enfim? Outro interesse; logo, temos em luta dois interesses, dos quais o segundo, já por si poderoso, pode ser reforçado por uma ocasião favorável tal como a sombra da noite, o ermo, circunstâncias propícias à perpetração do crime e a esperança de impunidade desarraigável do coração humano e enrobustecida pelas carícias falazes da própria paixão. Certamente que o equilíbrio romper-se-á e o movimento, tomando a direção da força mais poderosa, há de arrasar a frágil e movediça barreira do temor" [352]. Terror e temor são, portanto, meios ineficazes por não alterarem a vontade do criminoso. Sem conseguir transformá-lo e sem prevenir o aparecimento de outros criminosos, permite e favorece a reprodução do crime.

Ora, quando se segue a crítica sanitária e disciplinar à instituição carcerária o que se observa senão a caracterização desses espaços fechados como habitados por um perigo que não se limita a suas fronteiras, mas invade o espaço da cidade e por ela se espalha, contaminando-a e ameaçando destruí-la através de doenças e crimes? Lutar contra o perigo representado por esses locais infectos onde os homens são atirados, amontoados, misturados, esquecidos, jogados para o abismo da morte e do vício, da desordem e da doença, é um dos objetivos da medicina social desde os primeiros momentos de sua formação. A desordem médica e social que a cadeia representa aparece como incompatível com o projeto de um novo tipo de sociedade. À ditocomia radical barbárie/civilização, que polariza a representação que os médicos se fazem dos estágios da sociedade, correspondem dois tipos de encarceramento e duas modalidades de punição. A cadeia é a fotografia da sociedade, local onde esta se revela em sua essência e em seu funcionamento [353]. Em uma sociedade fundada na arbitrariedade e no terror, a punição do crime tem as mesmas características: "em época em que reina o arbítrio que outra lei pode existir que o terror? De certo que o cadafalso, a tortura, a mutilação, o cárcere doentio seriam as taças em que se refocilaria para vingar-se, acobertada com o nome de justiça" [354]. Uma prisão disciplinada e salubre, que permita a recuperação do criminoso e contribua para a segurança da sociedade, é indicação da presença da civilização.

É justamente no início do século XIX, mais precisamente em 1833 — momento em que a medicina social ativa sua crítica ao funcionamento da sociedade brasileira, iniciando um processo de medicalização que cada vez mais se intensifica — que data a decisão de construir a Casa de Correção da Corte, primeira prisão a se dar como objetivo explícito a recuperação dos criminosos. O plano inicial foi elaborado pela Sociedade Defensora da Liberdade e Independência Nacional do Rio de Janeiro — fundada por Evaristo da Veiga

351 José Rodrigues de Figueiredo. *Sistema venitenciário na província da Bahia; progressos higiênicos que reclama,* tese à Faculdade de Medicina da Bahia, 1864, p. 34.
352 *ibidem,* p. 19.
353 *ibidem,* p. 3 e 16.
354 *ibidem,* p. 7.

em 1831 com o objetivo de combater movimentos de recolonização ou de restauração do trono português — que também organizou um plano de subscrições para financiar a realização da obra [355].

O edifício deveria compreender 800 celas situadas em quatro raios que partem da construção central, onde ficam a capela e a administração. Entre os raios, localizam-se as oficinas. A razão dessa disposição arquitetônica é política, concretização do princípio de Bentham: "ver tudo, saber tudo, cuidar de tudo" [356]. "No estilo panóptico, segundo o relatório da Comissão Inspetora, de 1874, os edifícios da prisão convergem a um centro comum, de onde se observam perfeitamente todos os corredores das celas, cujas portas colocadas de um e outro lado dão fácil acesso aos guardas. O observatório e os corredores são abertos desde o solo até o teto, de modo que sempre conservam o ar e a luz necessários, e facilitam a ventilação e inspeção do interior" [357].

Na verdade, a Casa de Correção é uma das variações da construção arquitetônica planejada por Bentham em fins do século XVIII como uma maneira de reduzir a desordem, o amontoamento, a insalubridade, a imoralidade das instituições de reclusão e que tem basicamente as seguintes características: o edifício é circular — sua forma mais pura — ou poligonal; na periferia, em toda a extensão do anel, estão situadas celas que dão tanto para o exterior quanto para seu interior; no centro, há uma torre de inspeção, aonde se encontra um vigia; cada cela tem como parede interior uma

355 O dr. Jobin foi um dos membros da comissão da Sociedade Defensora da Liberdade e Independência Nacional que, já em 8 de dezembro de 1831, redigiu relatório propondo um plano da Casa de Correção.
356 Cf. o *Relatório da Comissão Inspetora da Casa de Correção da Corte,* Rio de Janeiro, 1874, p. 5.
357 *ibidem,* p. 7.

grade de ferro em toda sua extensão para possibilitar uma visibilidade total; a torre de inspeção é circundada de grandes janelas cobertas por persianas com a finalidade de não possibilitar a visão do que se passa no seu interior e para que não se saiba se naquele momento se é ou não vigiado, as pessoas podendo inclusive entrar e sair da torre sem que sejam vistas das celas; não pode haver nenhum acesso às celas sem passar pela torre de inspeção; entre uma cela e outra não pode haver nenhuma comunicação; por um mecanismo de tubulação se pode ouvir da torre tudo que se passa na cela como até comunicar ordens.

Disposição arquitetônica que tem como objetivo responder a um problema político, como se vê claramente pelas primeiras linhas da memória de Bentham: "Se se encontrasse um meio de se tornar mestre de tudo que pode acontecer a um determinado número de homens, de dispor tudo que os circunda de modo a operar sobre eles a impressão que se quer produzir, de se assegurar de suas ações, ligações, de todas as circunstâncias de suas vidas de modo que nada possa escapar ou se contrapor ao efeito desejado, não se pode duvidar que tal meio seja um instrumento bastante enérgico e bastante útil que os governos poderiam aplicar a diferentes objetos da mais alta importância" [358]. Com o Panopticon não se trata mais simplesmente de excluir um grupo de pessoas da sociedade, enclausurando-o em um espaço de desordem, de confusão, de banimento. Ele é um operador, um instrumento político, que dá ao poder maiores capacidades de se exercer aumentando sua força através da constituição de um espaço planificado, ordenado, dividido, bem distribuído.

358 *Oeuvres de Jérémie Bentham,* tradução francesa, 1840, tomo 1º, p. 225. Sobre o Panopticon, cf. também Michel Foucalt, *Surveiller et Punir,* 3ª parte, capítulo 3, e *A verdade e as formas jurídicas.*

Neste sentido não é somente, segundo o próprio Bentham, um modelo de prisão perfeita, mas um princípio, um esquema, uma forma ideal de um mecanismo de poder, uma figura da tecnologia política que é polivalente em suas aplicações: pode se adaptar a todos os estabelecimentos em que se trata de organizar a inspeção e a economia. Ele tem a capacidade de reformar a moral, preservar a saúde, revigorar a indústria, difundir a instrução, aliviar as despesas públicas, estabelecer a economia, servindo assim para emendar prisioneiros, curar doentes, instruir escolares, guardar loucos, vigiar operários, fazer trabalhar mendigos e ociosos.

Fundado no "princípio de inspeção", espaço de controle e vigilância, o modelo do Panopticon foi utilizado sobretudo, e mesmo por Bentham, para introduzir uma reforma completa nas prisões — assegurar a boa conduta e a recuperação dos prisioneiros — estabelecendo a saúde, a limpeza, a ordem, o trabalho, etc., nestas instituições infectas pela corrupção física e moral.

Ora, esse projeto se casa perfeitamente com as idéias médicas a respeito do crime, da prisão e do criminoso.

Se do ponto de vista jurídico o crime é definido como uma ofensa à sociedade, como uma quebra do pacto social, a escolha do interesse individual contra os direitos do outro, uma transgressão do contrato, uma infração à lei, para a medicina ele é definido fundamentalmente por seu caráter patológico: é uma doença moral.

E, correlatamente, a punição não pode ser unicamente considerada como a reparação da ofensa pela privação da liberdade, mas a recuperação do criminoso. Se o criminoso é um doente, o comportamento a ser assumido em relação a ele deve ser terapêutico, o que significa operar sua recuperação ou, mais precisamente, sua correção. A concepção médica do criminoso como

um doente é incompatível com uma concepção da punição como afastamento, abandono e castigo mutilador ou destruidor. Mas, ao contrário, é homogênea ao projeto de considerar a corrigibilidade do criminoso como característica essencial do seu comportamento e que deve guiar a escolha do tipo de técnica de intervenção: "Supor que (os criminosos) são incorrigíveis e abandoná-los para sempre é, com efeito, um erro ainda mais fatal e destruidor da maravilhosa obra do Supremo Criador, suscetível de conserto. Os que parecem muitas vezes depravados podem ser movidos a refletir sobre si mesmos e abandonar o caminho do crime, uma vez que os meios para isso empregados sejam doces e humanos; quantos de entre eles não têm assim voltado arrependidos para o seio da sociedade?!!!" [359].

A punição não deve mais ser sinônimo de terror, tortura e morte mas de uma intervenção disciplinar sobre o criminoso com o objetivo de transformá-lo. Se o importante é impedir a reprodução do crime, isto só é possível alterando o interesse do condenado. Recuperar é então o único meio de impedir sua marcha pela estrada do crime, na medida em que é a única possibilidade de fazer desaparecer as causas que o levaram a cometer o ato criminoso.

A penalogia, como chama Figueiredo, deve então se adequar ao novo tipo de sociedade, e "estudar as causas gerais e individuais do crime, as disposições orgânicas inerentes ao pensamento do homem, formar sua terapêutica ou profilaxia em conformidade com os conhecimentos adquiridos por tal estudo..." [360]. O que significa um deslocamento de importância do ato do crime para a figura do criminoso. Trata-se de conhecer o homem em seu comportamento, em seus hábitos, nos

[359] C.E.G. Araújo, *op. cit.*, p. 29.
[360] *op. cit.*, p. 20.

detalhes de sua vida pessoal, nos diversos "estados patológicos da moral".

A prisão é, portanto, local de construção do homem virtuoso, espaço de restabelecimento da saúde moral, entendida como controle da paixão, predomínio do equilíbrio e da razão. A prisão é a enfermaria do crime, um hospital moral [361].

Para que isso seja possível, os médicos elaboram, como conseqüência da crítica higiênica e disciplinar, um verdadeiro projeto de prisão modelo.

O primeiro aspecto regulamentado é o da localização do estabelecimento, condição fundamental para garantir sua salubridade: "O local, a construção e disposição de uma prisão, e as condições em que esta cumpre estar, não é objeto de pouca monta; por que de sua boa ou má escolha depende necessariamente a saúde ou moléstia dos presos. Convém, portanto, que o solo seja seco, longe de umidades, pântanos e paús; do contrário baldados serão todos os esforços para tornar as prisões ao estado de salubridade" [362]. Além disso, a ventilação, garantindo ar puro, e a água são também condições essenciais para a escolha do melhor local de construção de uma prisão, que deve ser, tanto quanto possível, afastada do centro das cidades e vilas. "Em 19 de outubro de 1833, o governo resolve erigir uma penitenciária, escolhendo nos arrabaldes da cidade o lugar que lhe pareceu mais conveniente e sadio pela sua situação em uma meia colina (...). Uma grande chácara em Catumbi, mui próxima da cidade, com suficiente água e grande pedreira, (...) junto a um canal que comunica com o mar (...) e que torna fácil

361 O relatório de 1874 da Comissão Inspetora afirma como uma evidência que criminoso é enfermo, pena é remédio, cárcere é hospital. Além disso, o tratamento deve ser específico a cada caso e, portanto, possibilitado pelo estudo da "índole, passado, aspirações, natureza íntima" do criminoso.
362 C.E.G. de Araújo, *op. cit.*, p. 24.

a condução dos materiais para a obra e do sustento dos presos" [363].

O segundo princípio é o de organização e distribuição do espaço interno. O isolamento com relação ao exterior é uma regra básica: "Será útil que nenhuma parte interna das prisões possa ser vista de fora, para desarmar qualquer esperança de fuga e comunicação. Assim, altas e fortes muralhas cercarão uma espaçosa prisão, assaz distante de edifícios particulares..." [364]. Racionalidade arquitetônica que se opõe claramente ao sistema carcerário que, no início do século Saint-Hilaire encontrou no Brasil: "O andar térreo das *Casas da Câmara* é, em todas as localidades, reservado para os presos, e são vistos às grades, solicitando a piedade dos passantes ou conversando com eles. É necessário, aliás, que os encarcerados estejam, tanto quanto possível, em contato com os cidadãos, pois estes últimos é que os alimentam com suas esmolas. (...) é, porém, fácil esquecer aos que não se vê e asseguram-se que presos houve que morreram de fome" [365].

Por outro lado, o controle interno do preso é total. Organização do contato entre prisioneiros, como também entre prisioneiros e carcereiros, capelão e médico. Divisão dos prisioneiros em classes de acordo com "a condição moral e o tempo de prisão" [366]. Divisão da pena em três períodos: penal — seis meses de prisão celular; correcional — correspondente à duração da pena e ao procedimento, com separação à noite e trabalho em comum; transição — para quem estiver corrigido, sem prisão celular e vida "quase normal". Prescrição do vestuário, da alimentação e da limpeza.

363 *Relatório da Comissão Inspetora...*
364 C.E.G. de Araújo, *op. cit.*, p. 24.
365 *op. cit.*, p. 311.
366 Cf., por exemplo, o *Relatório da Comissão Inspetora...*

Finalmente, os operadores fundamentais da recuperação: educação e trabalho. A necessidade e a eficácia da educação decorre da principal causa de criminalidade: a ignorância ou a má educação: "(...) é na classe dos homens mais animalizados (...) do que humanizados (...) que encontraremos a generalidade dos criminosos: desses homens que têm pensamento, sensibilidade e vontade funcionando em uma infeliz anormalidade, anormalidade nascida ou de um defeito orgânico do cérebro congênito com o indivíduo ou de não ter sido esse órgão convenientemente polido e desenvolvido por educação moralizadora..." [367]. "Se quereis corrigir os homens perversos, converter os vícios em bem, tornar cidadãos honestos e úteis, derramai a instrução primária e moral" [368]. Prevista pelo regulamento, em 1868 são criadas as primeiras escolas.

Mas é o trabalho que deve ocupar grande parte da vida dos prisioneiros. Sua importância é física: a inação é prejudicial ao homem, ocasionando várias moléstias; pedagógica: possibilita o aprendizado de um ofício, condição indispensável para que possam ganhar a vida honestamente; econômica: permite, com o salário, melhorar sua condição e até colaborar para o sustento da família; e, sobretudo, moral: "o espírito e o corpo assim entretidos afugentarão a ociosidade e a depravação. (...) Logo que os corpos se agitam, e que seu espírito se ocupa de um objeto determinado, as idéias lassivas e importunas se dissipam, renasce o sossego e o hábito do trabalho", afirma Gomes de Araújo, que atesta que não foi esquecida a máxima de Howard: "Fazei os presos trabalhar, vós os tornareis honestos" [369]. Em 1865 se inauguram os trabalhos nas oficinas, que começam meia hora depois do toque de despertar — 5 horas no verão, seis horas no inverno — são interrompidos para almoço e jantar e terminam ao toque da ceia — 6 horas no verão, 5 horas no inverno.

Não se deve, portanto, estranhar que, em 1869, um médico, Luis Vianna de Almeida Valle, se torne diretor da Casa de Correção do Rio de Janeiro. Os relatórios que redigiu durante sua gestão mostram a importância do acontecimento. Critica as condições higiênicas e arquitetônicas da prisão, o regulamento e a pena perpétua por ser absurda e bárbara. Investiga as condições que produzem o crime concluindo que os criminosos saem das classes menos educadas. Elabora estatísticas do movimento da Casa de Correção com informações sobre a procedência dos criminosos, crimes, idade, etc. Realiza exames craneológicos. Utiliza Esquirol para formular uma concepção do "tratamento" individualizado carcerário, que se for errado pode levar à alienação e ao suicídio. Apoia-se em Ferrus para classificar os presos em inteligentes, viciosos e ineptos. Propõe a reforma do Código Criminal, a reforma do regimento de 1850, a abolição da pena simples, a fixação dos limites da pena entre dois e dez anos, a criação de uma Penitenciária Agrícola, etc.

Medicalização que, portanto, não é apenas uma exigência do discurso atual de criminólogos, juízes, policiais, médicos, psiquiatras, psicólogos, etc., quando criticam as condições da vida carcerária; que não é posterior ao reconhecimento, cada vez mais generalizado, de que a prisão não cumpriu os objetivos explícitos a que se propôs, mas existe desde o nascimento desta forma moderna de punição, acompanhando as denúncias e a contestação de seu fracasso.

367 J. R. de Figueiredo, *op. cit.*, p. 20.
368 C.E.G. de Araújo, *op. cit.*, p. 26.
369 *ibidem*, p. 31.

1845, Rio de Janeiro: um jovem médico, escrevendo sua tese, lança-se pela cidade em busca da "fera da libertinagem". Lamenta-se ele: não conto com as informações da polícia, dos hospitais venéreos, prisões, casas de refúgio que permitiriam "fazer minuciosas estatísticas, estudar o caráter, costumes, etc, das prostitutas" [370]; informações que na França foram a matéria-prima de grandes trabalhos sobre a prostituição. Mas, com o que conto eu? pergunta o jovem médico. Olhando para os lados, ele se vê sem guia no meio de uma cidade cheia de "tocas" desconhecidas e ameaçadoras; no meio de "uma imensa charneca, ainda não roteiada" [371].

Sua tese é apresentada como um drama em que são retratadas as "misérias da humanidade". Diz ele: "o resultado será feio de ver, e por mais de uma vez teremos de sentir o rubor assomar-nos às faces" [372]. Percorrendo as ruas da cidade, observando, coletando informações a partir das práticas médicas individuais, mostra que as prostitutas são muitas e de tipos diversos, possuindo diferentes características e clientela; que elas estão espalhadas por todos os cantos da cidade. E, do amontoado indistinto de prostitutas, ele separa a prostituição pública, dividida em três ordens, e a prostituição clandestina, que é exercida por mulheres que têm outra ocupação.

370 Herculano Augusto Cunha, *Dissertação sobre a prostituição, em particular na cidade do Rio de Janeiro,* tese à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1845, p. 2.
371 *ibidem,*
372 *ibidem,* p. 1.

As prostitutas de primeira ordem são freqüentadas por ricos. Moram isoladas, em casas de sobrado decentes e bem ornadas. Vivem com certa opulência e se vestem elegantemente. Em público, apresentam ar de honestidade que torna difícil distingui-las das mulheres honestas. Em sua casa, não permitem que se congreguem libertinos para "representarem cenas de devassidão" [373]. Desprezam as prostitutas que estão em escala inferior e vivem tranqüilamente sem incomodar autoridades e vizinhos. Além de discretas, são poucas.

As de segunda ordem, mais perigosas, acham-se espalhadas por toda a cidade, concentrando-se especialmente entre o campo da Aclamação e a rua da Vala. Moram geralmente sós ou com uma ou duas companheiras, em casas térreas, pequenos sobrados ou lojas dos sobrados maiores. Não vivem opulentamente, ficam muito tempo nas janelas. São freqüentadas "pelas classes da sociedade que medeiam entre a população e as pessoas abastadas" [374]. Em sua maioria são de cor ou portuguesas. E, dado fundamental, recusam o tratamento médico quando contraem a sífilis. Só quando "o mal as tem tornado por tal modo nojentas" [375] recorrem à medicina, mas nunca seguindo à risca as recomendações.

As prostitutas de terceira ordem "habitam os mais sórdidos casebres, onde se reúne o refugo dos libertinos para se entregarem à crápula e às demasias da sensualidade" [376]. Deixemos a cargo do médico a descrição horrorizada desta vida meretrícia: "tendo-se nelas apagado os derradeiros vestígios do pudor, espancam a decência pública com suas vociferações obscenas, seus ademães desonestos e seus gestos libidinosos (. . .). Quando chega

373 *ibidem,* p. 17.
374 *ibidem,* p. 18.
375 *ibidem.*
376 *ibidem,* p. 19.

a noite são vistas às janelas ou às portas da taberna, rodeadas de magotes de badajos rendendo-lhes ascosas homenagens, ou barganteando pelas ruas em companhia de seus apaixonados que as seguem tocando viola e soltando palavras que o decoro não tolera". Concentra-se "nas extremidades superiores das ruas dos Ferradores, Sabão, S. Pedro, Hospício, etc. uma multidão confusa de homens, de quase todas as classes, parados às janelas, em conversação mais ou menos descomedida com as mulheres públicas[377]. Como as de segunda ordem, estas prostitutas recusam a medicação: olham com terror para a Santa Casa de Misericórdia e muitas vezes morrem em consequência da sífilis.

A estas três ordens de prostitutas, que fazem parte da prostituição pública, adiciona-se um outro tipo: a clandestina, exercida pelas escravas domésticas. Aquelas que saem às ruas "vão por baixo preço nutrir o nosso cancro moral, acudindo ao primeiro que as reclama, ou representar nas cenas escandalosas de libertinagem e desenvoltura que homens, que não são negros, despejadamente oferecem nas sórdidas tavernas, açougues, etc." [378]. Aquelas que ficam em casa atraem o senhor, que abandona o terno leito da esposa pela sensualidade da senzala.

As mulheres públicas estão, portanto, presentes em toda a cidade: "espalhadas, disseminando por todas as ruas e praças desta capital, na vizinhança dos templos, dos colégios de educação, das estações públicas, dos quartéis, dos hospitais e das casas em que moram as famílias honestas, alardeando sua impudência aos olhos do povo (...)" [379]. Além de não terem localização determinada no espaço urbano, as prostitutas exercem sua

377 *ibidem.*
378 *ibidem,* p. 23-24.
379 *ibidem,* p. 58.

atividade desordenadamente: não existem registros, exames médicos, leis reguladoras[380].

Atuando desregradamente, dividindo com as famílias um mesmo espaço, a prostituição é constituída como perigo físico e moral, causa de doenças e devassidão dos costumes. Daí ser, a partir de então, objeto da medicina, que tem o "direito e o dever" de emitir um discurso e formular propostas a seu respeito.

A Academia e Faculdade de Medicina voltam-se para a prostituição e mostram como ela prejudica a população brasileira, por atingir diretamente a família. Através de teses, memórias, sessões dedicadas à prostituição, os médicos apontam as conseqüências funestas de uma prostituição desregrada. A grande doença proveniente desta situação é a sífilis, contagiosa, hereditária e poderoso agente morbífico. No leito da prostituta, o homem penetra no interior da "moradia" da sífilis. E daí passa para o leito da esposa, transmitindo-lhe uma doença que a deformará e matará, transmitindo aos filhos por ele gerados em estado de doença o "ferrete de um mal insidioso e caprichoso"[381]. A família brasileira acha-se, portanto, ameaçada em sua própria existência por uma doença que, através de seu "chefe", contamina esposa e filhos. Sua periculosidade permite que sejam definidas normas para a atividade sexual, cuidados específicos para antes e depois do ato, além de dar margem à formulação de uma crítica à família brasileira em seu funcionamento desordenado e marcado pela libertinagem.

Além da sífilis, uma série infinita de enfermidades é conseqüência da cópula desenfreada e desregrada permitida por uma prostituição que os médicos denominam

380 Cf. Luiz Correia de Azevedo, *Da prostituição no Rio de Janeiro, in Annaes de Medicina Brasiliense,* vol. 1869-1870, p. 218.
381 *ibidem,* p. 216.

"livre". O libertino, figura que encarna a exuberância sexual incontida e sem limites, aparece como sede de horríveis doenças: prova de que a sexualidade não dosada e higienizada é negativa, contrária à vida e à reprodução da espécie. Este é o destino do libertino: "tendência irresistível para o sexo oposto, sem que se possam fixar os desejos amorosos; obscurecimentos da vista; arvoamento, cefalalgias vagas ou sentimento de peso na cabeça; horror à solidão, pressentimentos sinistros, um descontentamento desarrazoado, certo caráter caprichoso ou frenético; suspiros amiudados, freqüência e agitação de pulso; apetite devorador e mal se principia a comer, advém logo após uma invencível repugnância; espasmos de garganta, tosse fraca e seca, insônia, ansiedade, ardor de entranhas, calor irregular na face e palmas das mãos (...); ingorgitamentos do fígado, desordens nos movimentos do coração, mil sintomas nervosos esquisitos e variáveis, emagrecimento, decadência progressiva de forças, poluções noturnas (...): vem a diarréia coliquativa, que exaure as últimas fontes da vida, e depois de horrível marasmo e os intestinos ulcerados, vê-se expirar o mancebo com todo o aparato tenebroso da morte. Febres adinâmicas, síncopes, paralisias, apoplexias, convulsões, demências, gotas, epilepsias, coreas, tísica, etc., e finalmente quase todas as afecções que Pinel classificou nas cinco ordens de nevroses, formam o código penal que a natureza promulgou contra os libidinosos"[382]. O libertino, figura temível por sua "liberdade"[383] e por suas doenças. Figura que deve ser abolida da sociedade medicalizada.

Ao lado das doenças físicas, a prostituição desenfreada e misturada às famílias traz sérias conseqüências

382 Herculano Augusto Cunha, *op. cit.*, p. 38.
383 Cf. João Francisco de Souza, *Memória sobre as medidas a adotar contra a prostituição no país, in Annaes de Medicina Brasiliense,* volume 1876, p. 320.

morais. Ela é exemplo pernicioso para as moças que comparam seus meios, sua vida de trabalho e ausência de diversões com a vida das prostitutas: "ela que vê ao mesmo tempo uma prostituta que consome todo o tempo à janela ou no toucador, gozar da riqueza e de todas essas fruições que tão irresistivelmente falam ao coração da mulher; ela que não goza passeios, não tem magnifícos vestidos, não atrai adorações e trabalha, por ventura não será vivamente excitada a lançar-se no abismo da degradação e do vício?"[384].

Além de ser um desestímulo ao trabalho e um estímulo ao vício, a prostituição acarreta outras conseqüências morais: o celibato — o homem acostumado à prostituição adquire ou pode adquirir repúdio ao amor casto[385]; o adultério feminino — a esposa desprezada e maltratada busca o amor em outro homem, dando um primeiro passo no caminho da prostituição[386]; a abertura de um caminho para a criminalidade — à concupiscência está ligado o esquecimento da própria dignidade, por sua vez ligado a todos os vícios[387].

As conseqüências da prostituição atingem, ao nível físico e moral, as famílias brasileiras e, através delas, a sociedade. A prostituição desenfreada e "livre" é colocada como obstáculo à transformação da família em um local de produção de indivíduos saudáveis.

Mas, se a prostituição é negativizada, ela o é somente em seu estado de descontrole e desconhecimento. A medicina propõe a sua mudança, mudança que tem como limite a afirmação de que a prostituição é um mal necessário. Afirmação que tem suas causas como

384 Miguel AntoniMo Herédia de Sá. *A cópula, o onanismo e a prostituição* tese à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1845, p. 33.
385 Cf. Herculano Augusto Cunha, *op. cit.*, p. 27.
386 Cf. *ibidem*, p. 28.
387 *ibidem*, p. 38.

justificativa. Algumas, aquelas que tornaram o meretrício desenfreado, podem ser anuladas. Outras, que os médicos podem apontar por terem um saber que procura dar conta da verdade da prostituição, devem ser observadas e respeitadas: servirão de parâmetro para as propostas de mudança.

A prostituição é ao mesmo tempo fato natural e social. Natural por estar ligada ao organismo humano que, desde o pecado original, tem como aspecto prevalente a carne. A prostituição permite que o instinto sexual se realize: necessidade que está inscrita no homem enquanto natureza. A descrição do momento do desejo, que procura ser minuciosa e verdadeira, mostra a medicina preocupada em falar sobre o sexo para determinar sua importância na vida do homem: "o homem sequioso do prazer venéreo sente-se atormentado por necessidade imperiosa, irresistível, uma excitação espantosa vivifica seu organismo, um fogo ardente abrasa seus órgãos, as artérias pulsam com excessiva força, os olhos úmidos incendeiam-se com brilho sobrenatural, sua face se colora, sua respiração se torna anelante, as partes genitais se intumecem, se congestam e nelas se experimenta um sentimento d'ardor e titilamento. O pensamento não tem mais força, a vontade não domina, todas as faculdades estão concentradas em a idéia fixa; o apetite urgente, que persegue o homem e rouba-o às outras sensações, aos objetos que o cercam, aos perigos que o ameaçam, ele então delirando com a febre que o abrasa, arrastado pela necessidade que o impele, arrebatado como que por potestade sobrenatural, é insensível para tudo e só vive na perspectiva dos gozos que almeja fruir: os obstáculos mais espantosos o não peiam, de nada se arrecea, tudo desaparece ante o ardor de seu desejar; só impera o organismo; a honra, a virtude, o dever, a religião, e quanto de sagrado há sobre a terra são quimeras: real só o desejo que o atormenta, real só o prazer que o fascina"[388]. A prostituição justifica-se portanto pela constituição orgânica do homem. Neste sentido, recorre-se à história — mostrando e provando que desde as "eras mais primitivas"[389], em todos os países orientais e ocidentais, em todas as épocas, houve prostituição — para reforçar a afirmação de que o homem sempre dela precisou. Provas orgânicas e históricas complementam-se e completam-se, apontando para o caráter natural da prostituição: "é em nossa própria natureza que se deve estudar a patogenia desta enfermidade social"[390].

A prostituição também é fato social: é produzida pela aglomeração humana, pelo funcionamento da sociedade; é modificada em suas características, intensidade, malignidade, pelo clima, leis, costumes, educação de cada país.

Uma primeira causa da prostituição como fato social é o excesso de riqueza e a miséria: a lubricidade e incontinência são sempre companheiras da opulência e do ócio; a falta de trabalho, a pequena quantia ganha com o trabalho muitas vezes fazem da prostituição um meio de vida. Riqueza e pobreza são explicáveis pela organização da sociedade a partir da propriedade privada que, ao mesmo tempo em que possui o aspecto positivo de ser o alicerce do edifício social, tem o aspecto negativo de ser a causa da desigualdade das fortunas. A desigualdade, no entanto, tem um lado positivo — suscita a emulação, que leva ao desenvolvimento — e um negativo — significa luxo, miséria, inveja, ambições, vaidades; produz a alma agitada em busca de novos prazeres e a multiplicação de necessidades. A prostituição é, assim, fortalecida[391]. A pobreza é causa da prostituição

388 Miguel Antonio Herédia de Sá, *op. cit.*, p. 7.
389 Cf., entre outros, Herculano Augusto Cunha, *op, cit., e* Miguel Antonio Herédia de Sá, *op. cit.*
390 Herculano Augusto Cunha, *op, cit.*, p. 4.
391 *ibidem*, p. 25.

por causa da imoralidade e falta de consciência dos ricos[392]: "assim pois é a sociedade viciada nem só pelo miséria do povo, como pelas paixões dos ricos"[393].

São também causas da prostituição: o celibato e a ociosidade dos mancebos descendentes de famílias opulentas e poderosas — são freqüentes os casos de filhas arrancadas das famílias e de jovens mulheres pobres, consideradas pelos ricos como um bem comum a todos, seduzidas e abandonadas. A prostituição configura-se então como única saída. As desordens domésticas também muitas vezes levam mãe e filhas para a prostituição, por terem procurado no amor de um homem a fuga das desgraças familiares causadas por um pai de comportamento desregrado e libertino. O esquecimento das práticas religiosas, a divulgação de obras imorais, a falta de educação moral e intelectual, principalmente do sexo feminino: sua inteligência torna-se acanhada e mesquinha; seu espírito torna-se leviano; desconhece o sublime da virtude, facilmente cai nas ciladas do vício[394], deixando-se dominar pelo excesso de vaidade que é seu aspecto vulnerável. Constitui perigo a mulher — de princípios morais pouco consistentes — não ver a prostituição como perigo.

Estas causas, quase sempre presentes nos diferentes países, não esgotam o campo de produção social da prostituição. Existem fatores específicos às diferentes localidades. O Rio de Janeiro, por exemplo, onde se encontram muitas das causas mencionadas acima, possui condições a ele particulares: o ardoroso clima, o desenvolvimento rápido da puberdade, a condição de cidade marítima e comercial onde chegam estrangeiros de nações e costumes diversos, o número de estudantes e caixeiros, etc. A especificidade mais importante é a escravidão: ela cria em toda a sociedade condições para a reprodução infinita do meretrício.

Em primeiro lugar, o escravo gera características nos senhores consideradas profundamente negativas: "gera a preguiça, a indolência, a soberba, a vaidade, a tirania de seu senhor; opõe-se à pureza da educação, faz secar as fontes da indústria, embarga os progressos da inteligência, arrefece um pouco o fogo sagrado da religião e talvez do patriotismo; é finalmente um exemplo perene de corrupção moral. Ora (...) estes fatos ocasionam a dissolução pública: e se o escravo produz estes males, segue-se que o escravo é uma das causas mais nervosas da prostituição entre nós"[395].

Em segundo lugar, o escravo cria, nos pobres, a vergonha do trabalho e uma miséria injustificada em um país rico, fértil e despovoado: "o que é no Rio de Janeiro a miséria para as mulheres das classes inferiores, cuja idade é a vida em todo o seu vigor? É a preguiça, o orgulho, a vaidade, o desejo imoderado de trajar roupas finas, o costume de nada fazer, por isso que há escravos para servir, a repugnância de prestar os serviços desta raça, serviços que são a partilha de suas iguais nos países onde não há escravidão"[396]. A opção que se apresenta é a prostituição, capaz de preencher os requisitos de riqueza e não-trabalho.

Em terceiro lugar, através de sua presença na família, cria "candidatos" à prostituição: tanto por sua própria natureza, pois o negro é "bronco, rude e estúpido por natureza e por educação, ignorando o que seja pudor, não compreendendo nenhum sentimento de moral ou de virtude, é de um temperamento erótico e con-

392 Cf. debate da sessão de 3 de outubro de 1850 da Academia Imperial de Medicina, *in Annaes de Medicina Brasiliense*, volume 6, p. 42-43.
393 Herculano Augusto Cunha, *op. cit.*, p. 29.
394 *ibidem*, p. 31.
395 Herculano Augusto Cunha, *op. cit.*, p. 32.
396 *ibidem*. p. 33.

seqüentemente muito libidinoso"[397], quanto por sua relação com todos os membros da família. A criança é aleitada pelas amas negras, que lhes instilam através do leite o germe da corrupção; a jovem tem na escrava sua amiga e confidente, elemento corruptor pela palavra e pelo exemplo; o jovem encontra nela disponibilidade sexual; a mulher torna-se ociosa e caprichosa pela disponibilidade da escrava para qualquer serviço; o homem é atraído para o leito da escrava, desprezando o de sua esposa.

As medidas propostas par acabar com a prostituição desregrada têm como limite a afirmação de que a prostituição é um mal necessário: "quando um abuso é indestrutível, é de uma sã política estabelecer certa ordem no seio mesmo da desordem; convencidos, pela história e pelo estudo do homem, da inutilidade e do perigo de qualquer lei proibitória da prostituição, cremos que esta víbora deve ser tolerada, vigiada e regulada em seus movimentos até certo ponto"[398]. A relação sexual permitida pela existência da prostituição impede a desmoralização da sociedade, assegura a tranqüilidade, honra e sossego das famílias; garante a satisfação de um instinto e, através desta satisfação, contribui para a diminuição de crimes — "retraí porém o instinto, tereis o criminoso"[399]. Diz um médico, comparando as cloacas às prostitutas: "há exigências da natureza que o homem menos policiado não sabe comprimir; e se para as funções privadas dos intestinos se estabelecem cloacas limpas e arejadas para que os gazes mefíticos não corrompam nelas o ar; deve haver também arraiais demarcados e bem regidos onde se possa o organismo aliviar dessas descargas de sensualidade e luxúria que o vício engendra e fracos preceitos da vida social não conseguem ainda

397 *ibidem*, p. 32.
398 *ibidem*, p. 59.
399 João Francisco de Souza, *op. cit*,. 322.

comprimir"[400]. O despertar do desejo, seu caráter imperioso, exige lugares onde seja possível sua realização.

Tendo em vista esta necessidade de um espaço de realização do desejo sexual, não se pode propor a eliminação da prostituta, nem sua regeneração, no sentido de fazer dela "uma mulher honesta". O objetivo é criar um local higiênico onde as prostitutas higienizadas possam exercer sua benéfica função. Não se trata de incentivar a prostituição, mas de garantir e proteger sua existência: daí a proposição de medidas preventivas e coercivas.

As medidas preventivas têm como objetivo diminuir o número de prostitutas e de clientes pela atuação sobre as causas do meretrício. Trata-se de: cuidados no interior da escola, onde se perde a saúde, onde se contrai o hábito da indolência, onde grassa o onanismo, "plano inclinado que ainda em poucos anos conduz o adolescente às casas de prostituição desorganizada e infeccionada"[401]; aprimoramento da educação, que pode dar ao homem capacidade de controlar sua própria sexualidade através da interiorização de normas de comportamento sexual[402], de dar à mulher condições dignas de trabalho, tirando-a da ociosidade e do vazio de sua vida[403] — a educação deve tirar partido dos meios de diversão, como o teatro, que podem ser usados como difusores de moralidade[404]; a medida preventiva privilegiada é a abolição da escravidão na cidade — "a prostituição clandestina, que por sua natureza escapa ao tiro das leis, e furta-se à vigilância da mais atilada polícia, é entre nós exercida, como já dissemos, quase exclusivamente pelas escravas;

400 Luiz Correia de Azevedo, *op, cit.*, p. 212. Cf. também Herculano Augusto Cunha, *op. cit.* p. 59.
401 Luiz Correia de Azevedo, *op. cit., p. 217.*
402 Cf. *ibidem*, p. 222.
403 Cf. João Francisco de Souza, *op. cit.*, p. 353.
404 *ibidem*, p. 379.

e portanto é a prostituição clandestina no Rio de Janeiro a mais funesta e a mais baixa que se conhece. Quereis dar-lhe garrote? Principiai por abolir a escravidão nesta capital, onde os escravos são um objeto de mero luxo; se a nossa lavoura não pode já dispensar os braços africanos, nesta cidade não há lavoura, e aqui portanto podemos prescindir deste vergonhoso mercado, que nos corrompe por todos os modos"[405].

As medidas chamadas de coercivas[406] ou policiais dizem respeito à tentativa de criar o bordel, local que permite ao mesmo tempo controlar a moral e o físico das prostitutas, garantindo à sociedade a certeza de um seguro espaço de descarga da sexualidade. Estas medidas seguem dois princípios: localização e organização do bordel.

Quanto à localização, os médicos atacam a disseminação das prostitutas pela cidade e propõem a criação de áreas destinadas aos bordéis: "as mulheres que viverem exclusivamente da prostituição de porta aberta serão obrigadas a morarem em ruas determinadas das diversas freguesias da corte"[407]. Ao mesmo tempo, a circulação das meretrizes deve ser controlada: por exemplo, dever-se-ia impedir que nos teatros elas ocupassem os mesmos lugares das mulheres honestas.

Quanto à organização do bordel, propõe-se: em primeiro lugar, a reunião hierarquizada das prostitutas: "reunidas em comunidade, vivem subordinadas à inspeção de uma regente, que torna-se até certo ponto a responsável pelos insultos praticados em seu bordel contra a moral, a saúde e a tranquilidade públicas. Desta maneira mais pronta e eficaz será a vigilância da polícia;

405 Herculano Augusto Cunha, *op. cit.*, p. 60.
406 Cf. João Francisco de Souza, *op. cit.*, p. 381.
407 *ibidem*, p. 381.

as desordens da libertinagem serão mais facilmente conhecidas e reprimidas; o pudor não sofrerá a escandalosa torpeza e indecência das palavras, ações, gestos e desalinho no vestir da mais ignóbil das classes (...). Concentrai a prostituição: é o mais sólido garante que se pode oferecer à moral, à saúde e à segurança do público"[408]. Em segundo lugar, o alistamento das prostitutas na polícia, facilitando a fiscalização física e moral e atemorizando as candidatas à prostituição com a marca da ficha na polícia. Em terceiro lugar, a obrigatoriedade de visitas médicas, de quatro em quatro dias, pelo menos. As visitas, facilitadas pelo alistamento, devem consistir em uma exploração completa das partes sexuais, utilizando-se para isso do "speculum". Paralelamente, deve-se criar um local destinado exclusivamente aos venéreos, para o qual serão conduzidas as prostitutas doentes e que, destinado também aos homens doentes, deverá servir para aumentar o controle sobre a prostituição: ao entrar no hospital, o homem deve declarar qual a prostituta que lhe transmitiu a doença, para que sejam tomadas as providências. A repressão do charlatanismo, toda forma alternativa de cura cuja eficácia é negada pelos médicos, faz-se então necessária para que a ação policial e médica possa se efetuar. Em quarto lugar, a proibição de que as prostitutas se mostrem às famílias de maneira indecente ou que entretenham conversa com os homens parados na rua, frente às suas janelas.

Preocupados com a prostituição e com seu aumento — paralelo ao "desenvolvimento" do Rio — os médicos dirigem sua voz à repartição de Polícia, que segundo eles deve tomar as medidas normalizadoras da prostituição. Em 1854, louva-se o objetivo do governo de, atra-

408 Herculano Augusto Cunha, *op. cit.*, p. 59.

vés da repartição da Polícia, "por limites à prostituição e acabar com a disseminação das meretrizes em todos os bairros da cidade"[409]. Objetivo que parece não ter se realizado, pois a década de 70 é pontilhada por gritos de alarme que apontam para uma prostituição crescente, cada vez mais perigosa, mudando de características e adquirindo maior malignidade[410].

Durante todo este tempo, os médicos continuam propondo a criação de um bordel, instituição higienizada. O fato desta proposta fazer parte das medidas coercivas não significa dizer que os médicos neguem o sexo ou queiram reprimi-lo. Ao contrário, querem conhecer sua verdade e determinar normas para seu bom funcionamento; querem indicar as relações perfeitas e as que, ainda que necessárias, são imperfeitas; querem assinalar o espaço de sua normalidade e criar o espaço de seu excesso.

Se a cópula do homem com uma prostituta atende a uma necessidade orgânica, e é que por isso necessária, isto não quer dizer que ela seja perfeita. Por ficar somente ao nível do corpo, ela é parcial. Existe entretanto, uma relação que é completa: aquela que une homem e mulher, metades simétricas, através do amor. Definido como união do corpo e da alma[411], o amor passa a ser constitutivo da relação ideal, que não se basta a si mesma: seu objetivo último é a reprodução da espécie. Sendo assim, o ato de criação do casal perfeito está ligado ao ato de criação de uma prostituta higienizada, que tem atribuições bem delimitadas, que tem uma ação limitada. Seu espaço, o bordel, deve ser o local de exercício de uma função do corpo, não local de paixões e disseminação de vícios.

409 Antonio José Pereira das *Neves, Memória, in Annes de medicina Brasiliense,* volume 9, 1854, p. 282.
410 Cf., entre outros, João Francisco de Souza, *op. cit.*
411 Cf. Miguel Antonio Herédia de Sá *op. cit.*, p. 7 a 11.

Fábricas: outro objeto da medicina social. Objeto analisado segundo os mesmos princípios de localização e organização interna utilizados para criticar a situação institucional e elaborar propostas de mudança; mas que apresenta ao mesmo tempo uma especificidade: diferentemente dos outros estabelecimentos, a fábrica não é tematizada frontalmente em teses e artigos médicos; como objeto, é pouco esquadrinhada e delimitada, quando se compara o olhar a ela dirigido com o olhar curioso voltado para os locais de enterro, doença, ensino, crime, etc. O grande prazer médico de denúncia em relação a estes locais não pode ser encontrado em toda sua intensidade nas referências à fábrica.

Entendida no sentido amplo de local onde existe transformação de matéria-prima, a fábrica é considerada principalmente a partir das características físicas e nturais a ela conferidas pelos materiais utilizados na produção. A reflexão sobre a fábrica, aos níveis de sua localização e organização, está portanto guiada pela idéia fundamental de que ela é um agente "poluente": durante o processo de produção, produz emanações deletérias e lança seus dejetos nas águas que servem à cidade. O Código de Posturas de 1832 — elaborado com a assessoria da Sociedade de Medicina — mostra qual é a preocupação básica: seu título sexto, primeira parte, refere-se à "colocação de curtumes e (...) quaisquer estabelecimentos de fábricas e manufaturas que possam alterar e corromper a salubridade da atmosfera ou incomodar a vizinhança; e sobre depósitos de imundícies". Sem dúvida, existe a determinação de um perigo. Perigo ligado ao caráter mais ou menos nocivo das diferentes fábricas em relação ao ar e à água que circulam na cidade. A presença desregrada destes estabelecimentos re-

presenta uma alteração dos elementos naturais vitais para o bom funcionamento urbano, sendo portanto necessária uma intervenção que neutralize este perigo ao mesmo tempo que garanta a continuidade de uma produção importante para a vida da cidade.

A partir do estabelecimento de um critério de negatividade, selecionam-se as fábricas que devem sofrer intervenção. Neste sentido, a primeira medida é a disposição estratégica: algumas devem ficar fora da cidade, outras podem ficar só em algumas ruas, outras para ficarem na cidade devem sofrer alterações. Curtumes, fornos de coser e torrar tabaco, fábricas de "restilar" aguardente, de sabão, azeite, óleos ou "quaisquer outras em que se trabalhe com ingredientes que exalam vapores, que corrompem e tornam a atmosfera nociva" devem ser afastados da cidade, de acordo com determinações do Código de Posturas. Ferreiros, caldeireiros, tanoeiros e serralheiros são expulsos de certas ruas. As fábricas de vela de sebo, atacadas pelo relatório de 1831 da Comissão de Salubridade da Sociedade de Medicina por ficarem no centro da cidade, devem, de acordo com o Código, ter sua presença subordinada a modificações internas a cada unidade de produção e que, realizadas, retirarão a periculosidade de sua localização na cidade.

Como forma de garantir esta distribuição, a Câmara dispõe de um instrumento: a licença, sem a qual nenhuma fábrica pode instalar-se. Instrumento que religa Câmara, Sociedade de Medicina e fábrica: através de pareceres pedidos pela Câmara, a Sociedade dá ou não seu aval para a fábrica que quer se estabelecer. Exemplos são os ofícios enviados pelo secretário da Câmara da Corte à Sociedade de Medicina, remetendo requerimento dos fabricantes de tabaco da rua Detraz do Carmo, pedindo a revogação da postura que proíbe os fornos de torrar tabaco na cidade[412] e outro requerimento em

412 Cf. *Semanário da Saúde, Pública* nº 49, 1831, p. 235.

que o proprietário de um curtume pede para continuar na praia Formosa[413].

Ligado à distribuição estratégica das fábricas, um outro aspecto é então tematizado: o da organização interna. A este respeito, explicitam-se as alterações necessárias para que a fábrica seja uma presença positiva e a proposta de conhecimento da relação entre a fábrica como meio e as doenças dos que nela trabalham, conhecimento a ser duplicado de uma intervenção.

O Código de Posturas — expressão legal do pensamento médico — obriga as fábricas de vela de sebo a terem suas fornalhas e caldeiras nos quintais e a não empregarem nem queimarem ossos, peles ou torresmos separados ou junto com a lenha, proibindo também o depósito de "sebo em rama" já corrupto. As fábricas de sabão, azeite e óleos, fundição, restilações, de coser e torrar tabaco devem ter suas chaminés elevadas, para que fiquem mais altas do que a cumeeira da casa mais próxima. Pequenas alterações que têm como objetivo impedir a alteração do ar causada pelas emanações produzidas no interior da fábrica.

Se ela faz mal à cidade, também faz aos que nela trabalham. Mas a tematização deste grupo tem uma especificidade em relação a outros grupos — mortos, doentes, criminosos, prostitutas, soldados, estudantes — que, em níveis diversos, encerram neles mesmo um perigo e devem ter as relações entre seus membros redefinidas, controladas e construídas. O trabalhador aparece individualmente como sujeito a um perigo — as ocupações causam doença — e não como sujeito perigoso. Neste sentido, algumas providências são sugeridas a cada trabalhador, como arejar o local de trabalho, tomar ar puro, etc.

Significativa é a tese de Antonio Nascimento Silva: "Que moléstias predominam sobre os que se empregam

413 Cf. *Revis.a Médica Fluminense*, nº 2, p. 6.

nas fábricas de tabaco e charutos estabelecidas no Rio de Janeiro? Devem-se por ventura atribuir os resultados da observação exclusivamente às emanações por que passam durante o seu fabrico?"[414]. A análise excessivamente geral feita pelo doutorando divide-se em cinco capítulos: da história do tabaco; dos caracteres botânicos; da análise química; que moléstias predominam sobre os que se empregam nas fábricas de charutos e rapé do Rio de Janeiro?; deve-se por ventura atribuir os resultados das observações exclusivamente às emanações do fumo nos diversos estados por que passa durante seu fabrico?. Análise que em poucos momentos refere-se à observação dos estabelecimentos existentes no Rio e que pouco fala do trabalhador. Dentre as conclusões[415], a primeira e a quinta fazem atestações e propõem uma mudança: os indivíduos que se empregam nas fábricas de charuto e rapé não têm moléstias próprias à sua profissão, mas o abuso do emprego dessa substância pode causar moléstias; achando-se nas fábricas grande número de trabalhadores, ordinariamente reunidos em um pequeno espaço, o ar vicia-se e então dá lugar a algumas moléstias que podem ser prevenidas, trazendo sempre a sala bem arejada por meio de ventiladores. Conclusões cujo limite dispensa maiores comentários, depois de terem sido lidas as extensas críticas e propostas relativas às outras instituições.

Existe, sem dúvida, uma reflexão médica sobre a fábrica, mas reflexão que privilegia o aspecto físico de sua existência, considerando as conseqüências de sua presença para a cidade ao nível dos elementos ar e água, de seu meio para a saúde dos trabalhadores; que propõe alterações na localização e organização interna limitadas à purificação do ar e da água. O olhar médico parece envergonhar-se ou deter-se frente a uma instituição voltada primeiramente para a transformação de matérias-primas e não, como as outras, organizada em torno de indivíduos. A fábrica produz objetos, não cidadãos. A fábrica não é ainda instituição criada para produzir, através de mecanismos disciplinares, o bom trabalhador.

414 tese à Faculdade de Medicina do Rio de Janeido, 1852.
415 Cf. *ibidem*, p. 14-15.

É verdade que o projeto do médico-político José de Goes Siqueira sobre saúde pública, apresentado à Assembléia Geral Legislativa em 1854, dedica uma seção[416] ao "melhoramento do estado sanitário das populações industriosas" e que tem como objetivo melhorar sua "educação física" através de: estudos dos seus "hábitos e costumes, alimentação, moléstias e causas de mortalidade", das "condições higiênicas das oficinas, procurando remover as causas de insalubridade que dependerem das profissões"; vigilância no sentido de "impedir o emprego prematura da força dos aprendizes" e impedir que "o trabalho em geral seja levado além dos limites compatíveis com a conservação da saúde". Este projeto, portanto, já faz do trabalhador um grupo específico, possuidor de características e vida diferentes de outros grupos da sociedade; faz do trabalhador um objeto específico de estudo; procura estabelecer regras para uma ação transformadora que ultrapasse os limites de uma ação individual do trabalhador; visa a interferir no próprio funcionamento da fábrica através da determinação de condições de vida e de trabalho. Projeto que, em relação aos outros discursos produzidos pelos médicos, é entretanto descontínuo, singular, isolado, tendo além disso permanecido letra-morta.

É verdade também que protestos vindos de um jornal e endossados por um importante engenheiro da época, Manuel da Cunha Galvão, reclamam atenção aos trabalhadores:

"(...) O princípio humanitário levantou no Rio de Janeiro três grandes edifícios.

416 Cf. *Higiene Pública*. p. 134.

"O infeliz que perde a razão tem um palácio magnífici, onde é acolhido com respeito, onde é tratado com agasalho e desvelo pela ciência e pela caridade. Médico inteligente e dedicado, enfermeiras de santa vocação, aposentos arejados e cômodos, alimentação abundante e saudável; tudo isto se liberaliza no Hospício de Pedro II com o piedoso fim de revocarem à razão os míseros alienados.

"Também aplaudimos o sentimento humanitário quando foi buscar o homem corrompido, o assassino, o salteador e enclausurou em celas arejadas e cômodas em uma casa com todos os confortos, já da cama limpa e agasalhada, já da mesa sadia, do trabalho em oficinas resguardadas do sol e da chuva.

"O homem corrompido pode moralizar-se; o assassino pode arrepender-se e corrigir pela reflexão os seus instintos selvagens; o salteador tomará ainda por ventura os hábitos do trabalho e da propriedade lícita. Novamente compreendemos e aplaudimos o pensamento humano quando recolhe o enfermo desvalido a um hospital de vastas proporções dirigido pelos princípios da ciência médica, e administrado e servido com toda a solicitude e abastança.

"Bem! Mas o que fêz o princípio humanitário até hoje em prol dos trabalhadores que exercem profissões pouco lucrativas; sim, mas que com a sua humilde indústria concorrem eficacissimamente para o progresso da sociedade?

(...)

"Se enfermarem terão uma cama no hospital. Se enlouquecerem terão um tratamento regalado. Se se deixarem arrastar ao crime pelo vício, pela alucinação ou pela pobreza, terão mesa farta, cela cômoda de cenobita, roupa lavada, trabalho certo e obrigado, mestre de letras, médico de fama, capelão virtuoso e montepio para o futuro!

"Terão tudo isto quando atestarem saúde estragada ou mostrarem alma pervertida.

"Mas se forem vigorosos de coração e de inteligência, se trabalharem resolutamente, se respeitarem a sociedade, a sociedade os deixará na miséria sem dar um passo ao seu encontro, sem calcular com as vantagens que desse passo podia tirar, entregando-o por esse abandono à usura desapiedada, que lhes fornecerá para dormirem quartos imundos e pestilentos, sem ar, sem luz, sem espaço, ou quando muito algum pardieiro esburacado, onde a tísica os vai surpreender para arrastá-los até o hospital.

"A epidemia veio revelar-nos tantas misérias, digo mal, veio fazer-nos atentar seriamente para tantas misérias, que até lhe perdoamos os desastres que causou, se o quadro lastimoso dos cortiços despertar alguma idéia de eficaz generosidade.

"Estes currais infectos, onde as vítimas se extenuam justamente à hora em que devem restaurar as forças para o trabalho da manhã seguinte, são os prestimosos auxiliares da morte.

(...)

"Construir casas para a pobreza envergonhada, construir casas para os operários, é reduzir o necrológio da cidade, é aproveitar braços úteis, é avigorá-los para o trabalho, dando-lhes a comodidade do lar doméstico e alentando-os no caminho da honestidade"[417].

O editorial do dia 5 de abril já ressaltava:

"A saúde se lhes altera, e daí provêm as mais das vezes as moléstias epidêmicas. Isto não é só uma questão humanitária, nem uma especulação mercantil: é um assunto que entende com a salubridade pública, assunto

[417] Editorial do Correio Mercantil, de 1 de outubro de 1855, in Manuel da Cunha Galvão, *Apontamentos sobre os trabalhos de salubridade e utilidade pública do Rio de Janeiro*, 1858, p. 128-133.

que entra no círculo das providências que se devem tomar para desaparecerem esses casebres imundos e úmidos, que ainda nos restam das antigas construções e os cortiços insalubres que se tem edificado modernamente"[418].

O jornal pede novas condições para as habitações: "quartos espaçosos, ar puro, água potável, casas de banho, cloacas inodoras, eis aí o essencial de um cortiço regular"[419].

Protestos que se utilizam portanto de protestos médicos para realizar sua crítica mas, por isso mesmo, mais uma vez assinalam uma lacuna do projeto médico. Voltam-se para um local que tem como objetivo o indivíduo trabalhador: a habitação, isolada como instituição; conferem ao trabalhador uma especificidade não por ser trabalhador, por estar inserido em um processo produtivo, mas por estar situado em uma instituição que, mesmo não analisada no momento pelos médicos, já é olhada através de critérios utilizados para a análise da prisão, da escola, do hospital, etc. O trabalhador começa a tornar-se equivalente ao prisioneiro, ao soldado, à prostituta, ao doente, ao estudante.

Habitualmente se acredita que o desenvolvimento da indústria foi a condição de possibilidade do nascimento da medicina social, que viria dar uma resposta aos problemas sanitários que passam então a existir. Seu olhar estaria então centralizado no trabalhador, corpo que pelas condições de vida e trabalho produz menos, adoece e morre. O objetivo seria dar a eles boa alimentação, moradia, cuidados médicos, vestuário, condições de trabalho, etc., garantindo sua saúde e fazendo deles corpos eficazes. Só posteriormente teria havido um "alargamento" do objeto da medicina social, que passaria então a referir-se à sociedade como um todo, dividida em classes.

418 *ibidem*, p. 124-125.
419 Editorial do dia 1 de outubro de 1855, *ibidem*, p. 130.

Com relação ao Brasil, pelo menos, não foi esta a trajetória da medicina social. A relação entre medicina e sociedade se deu originalmente não por intermédio do corpo produtor, mas de um corpo urbano que possui em sua própria essência, que produz em seu próprio funcionamento, a doença e a morte. A medicina é social por detectar na cidade as causas de um estado patológico da população e formular um projeto de normalização da sociedade como condição para produzir o estado positivo da saúde.

O Negro do Pensamento Médico

Se os médicos brasileiros do século XIX indicam a necessidade de transformar a sociedade brasileira e fazem uma crítica radical a um passado que se perpetua no presente do país, de que maneira encaminham eles a questão do escravo, qual o seu lugar neste projeto de mudança? Existe uma reflexão médica que tematiza especificamente a condição do escravo? Existe uma proposta normalizadora relativa à escravidão? É plausível esperar que o discurso médico tome o corpo do escravo como alvo privilegiado da disciplina, dada a sua posição estratégica no conjunto da produção — no campo, mas também na cidade — para moldá-lo, com insuperável eficácia, segundo a racionalidade das necessidades produtivas?

A medicina social será um dos núcleos em que se pensa, no Brasil, a instauração de uma sociedade civilizada, fundada no direito e livre do arbítrio da soberania. Mas a garantia do exercício racional da esfera jurídica é a prática de normalização do indivíduo e da po-

pulação, prática ancorada no conhecimento científico da própria natureza física e moral do homem.

Ora, a referência ao negro como objeto de normalização — seja ele visto como pura animalidade instintiva, rebelde ou não à tarefa civilizatória, ou como plenamente participante da natureza humana em geral — esbarra em sua condição de escravo que o exclui objetivamente da cidadania.

Se a tecnologia disciplinar é vista como condição de possibilidade para a transformação do indivíduo em cidadão perfeito, livre e trabalhador, a articulação necessária entre o sujeito do contrato social e o sujeito à disciplina, não pode, face à escravidão, se concluir. Esta dificuldade está na base das diferenças táticas do discurso médico sobre a desumanidade da condição escrava, a presença corruptora do escravo na cidade e as raras propostas de um escravo higienizado no campo.

Abolir a escravatura ou, simplesmente, excluir o escravo do espaço urbano — espaço a partir do qual a medicina brasileira formula seu projeto de uma nação civilizada — são tomadas de posição que manifestam a dificuldade de compatibilizar o modelo normalizador com a realidade da escravidão. Posições que indicam e procuram contornar uma questão incômoda e contraditória, ela própria excluída dos temas centrais que organizam o pensamento médico-político da época.

Um exame pormenorizado da análise médica da escravidão, em sua prática urbana e rural, permitirá compreender melhor a singularidade e os limites da medicina social brasileira.

O escravo, na cidade, através dos efeitos de sua presença no seio da família branca, é visto como causa de desordem, sexualidade desregrada, paixões, doenças, vaidade, egoísmo, brutalidade. Ao procurar transformá-la através de sua higienização, a medicina tematiza o escravo como obstáculo fundamental à criação de uma família brasileira sadia. O escravo causa malefícios a

todos os seus membros: crianças, jovens e pais têm sua saúde e moral danificadas pela presença do escravo.

Em relação à criança a medicina considera dois aspectos, ligados à escravidão doméstica, que afetam profundamente seu desenvolvimento: a alimentação e a sexualidade.

A alimentação diz respeito ao recém-nascido, quase sempre amamentado por amas escravas. Ora, segundo os médicos, a escrava não pode produzir um bom leite nem garantir continuidade de alimentação, tanto pela vida que leva quanto pelo tratamento que recebe. A crítica à ama de leite escrava diz respeito fundamentalmente ao costume das mães não amamentarem seus filhos e à escravidão que coloca como tarefa da negra a alimentação do filho dos senhores.

O ataque a este costume tem várias vertentes. Uma que mostra a escrava como portadora de doenças, principalmente venéreas; condição que faz do leite um agente transmissor. Esta frente é propriamente física, apesar de apontar para uma crítica à moralidade da escrava: "sórdidas escravas, devassas, de organizações contaminadas pelos vícios sifilíticos, bobático, etc., são as encarregadas da saúde e futuro das infelizes crianças, que com o leite bebem a peçonha que há de envenenar a vida, augurando-lhes um futuro de moléstias e dores. Ninguém se importa que a ama de seu filho tenha tido enfermidades contagiosas, contanto que a aparência seja de saúde, seja aparentemente boa, embora os filhos desta assassina ama, inocentes vítimas, definhem miseravelmente sofrendo o resultado dos vícios de seus asquerosos pais"[420].

Outra vertente aponta o perigo existente no leite da escrava não por esta ser doente, mas porque existem "disposições hereditárias" que se transmitem através do

[420] Miguel Antonio Herédia de Sá, *op. cit.*, p. 15.

leite. Esta transmissão é feita através de "gérmens", que podem ficar incubados no organismo para depois se desenvolver. O leite da ama contém estes gérmens que, sua vez, contêm as disposições hereditárias da escrava. Sendo assim, "pela amamentação láctea podem se transtimir certas disposições hereditárias (...) que terão mais tarde de manifestar os seus funestos efeitos sobre a economia dos pequenos entes"[421]. O costume de alimentar os recém-nascidos com leite negro torna-se portanto perigoso para o desenvolvimento físico e moral da criança.

Outro fato comprova o caráter negativo da amamentação feita por amas escravas: a impossibilidade de garantir a continuidade da alimentação, fundamental para a saúde da criança. Isto acontece "ora porque não tenham querido acabar e amamentação por motivos frívolos e reprovados, ora porque o egoísmo de alguns senhores, que por queixas de mau trato, ministradas por informações inexatas da própria ama, não querem mais que continuem a amamentação do inocente, ou porque tenha de retirar-se para fora (...); claramente compreende-se, à vista do exposto, que quando tais circunstâncias têm lugar até a idade de 5 a 6 meses, se por um lado a mudança da qualidade e natureza do leite é prejudicial e pode acarretar inconvenientes ao estado fisiológico da criança, depois desta época, além deste inconveniente, mais ou menos sério, há outro pior talvez e é o da recusa da nova ama da parte do pequeno ente, que muitas vezes obstina-se em aceitá-la, e daqui resulta a série de conseqüências más da mudança completa da alimentação láctea para uma outra de gênero diferente"[422].

421 Peçanha da Silva, "Memória sobre a amamentação e as amas de leite", *in Annaes de Medicina Brasileira, volume 1869-1870,* p. 253.
422 *ibidem,* p. 254.

Como quarta vertente, existe a formulação de uma hipótese a respeito do leite da ama escrava baseada na teoria do sistema nervoso. Teoria que tem dois pressupostos: primeiro, que o homem, vivendo em relação constante com os agentes externos e com outros homens, sofre influências naturais e sociais que constituem a atmosfera material e espiritual que o rodeia e modifica sua vida orgânica, agindo sobre o organismo e sobre o espírito; segundo, que as influências físicas e morais que agem sobre o homem atuam sobre o sistema nervoso, influenciado por todos os agentes que têm sobre o fenômeno da vida uma ação qualquer. As influências podem exercer-se tanto sobre o organismo, pela relação imediata do sistema nervoso com o aparelho circulatório e com todos os outros da economia humana, a cujas funções preside, quanto sobre o espírito, sendo o sistema nervoso instrumento indispensável ao exercício das faculdades do espírito. As influências podem portanto ser físico-nervosas, psico-nervosas e psico-físico-nervosas[423].

Ora, as condições em que vive a escrava fazem com que seu leite seja alterado, e portanto pernicioso, pela influência que a escravidão exerce sobre seu sistema nervoso: "a mulher que possui os sentimentos da maternidade e a quem a bárbara lei da escravidão lhe impôs o ignominioso ferrete é coagida a abandonar seu filho, para receber em seu regaço o filho estranho a quem tem de vender as carícias que a natureza lhe deu para transmitir ao fruto de suas entranhas e de seus amores; a bárbara lei a obriga a prodigalizar ao filho estranho, porque a despojaram de um direito, porque ela foi obrigada a abandonar seu filho; ela sente constantemente as alternativas da paixão veemente por ter sido obrigada a aban-

423 Cf. Emiliano de Olinda Cardozo, *Influência da civilização sobre o desenvolvimento das afecções nervosas,* tese à Faculdade de Medicina da Bahia, 1867.

donar seu filho, para não vê-lo mais, e ter que acariciar o menino que é obrigada a amamentar!

"Mas de que gênero são essas carícias!

"Elas não são expressivas dos sentimentos íntimos, são falazes e enganadoras; seu sistema nervoso excitado, seu amor de mãe contrariado, afeta o leite e o menino sofre, e vai sofrendo até que as desordens funcionais chegam a tal ponto, que a morte termina a cena que, começando por uma lei de opressão, termina tão tragicamente, para exemplos das mães desnaturadas"[424].

Além de constituir tarefa amamentar o filho dos senhores, existe um comércio de amas escravas, fonte de rendimento de seus senhores, realizado a partir de certas maternidades: "a mulher escrava, estando prestes a dar à luz, é enviada para certas maternidades, e a parteira se encarrega de fazer desaparecer o filho, mediante certa quantia!!!"[425].

Esta quarta vertente, que critica a amamentação feita por escravas, enfatiza portanto a alteração do leite causada pelas influências sobre o sistema nervoso das condições de vida da ama: na medida em que o sistema nervoso está ligado a todo o organismo humano, uma ação negativa sobre ele afeta necessaria e negativamente a qualidade do leite.

Se a alimentação é vista como causa poderosa de "decadência", mortalidade e doença das crianças, o mesmo acontece com a sexualidade. A família brasileira permite o desenvolvimento de uma sexualidade infantil vista como perigosa para a criança e para a sociedade. Alphonse Rendu, médico francês enviado ao Brasil em 1844 pelo Ministro da Instrução Pública para estudar as doenças que atacavam indígenas e europeus fixados

424 Luiz Alves de Souza Lobo, "Causas da mortalidade das crianças recém-nascidas na capital do Império", *in Annaes de Medicina Brasiliense*, volume 1876, p. 278.
425 *ibidem*, p. 279.

no país, tendo nesta missão recebido a colaboração de médicos da Academia Imperial de Medicina, elabora um quadro negativo da família brasileira: "os jovens brasileiros são freqüentemente pervertidos na saída da infância; além do exemplo dos pais que eles têm sob os olhos, meninos e meninas, senhores e escravos passam juntos a maior parte do dia meio vestidos; o calor do clima apressa o momento da puberdade, os desejos excitados por uma educação viciosa e a mistura dos sexos são freqüentemente provocados pelas negras, e nunca encontram obstáculos; o deboche aos poucos invade estas crianças e as precipita logo num abatimento físico e moral. Para remediar esta depravação que atinge a população na sua própria fonte, haveria necessidade de uma revolução completa nos costumes do país; mas enquanto a escravidão subsistir, em vão se indicará as causas do mal; a facilidade extrema que se encontra a se entregar ao deboche sempre se oporá aos bons efeitos das sábias instituições: a reforma, aqui, deve ser radical, se se quiser seriamente colocar a infância e a juventude ao abrigo da corrupção"[426].

Uma manifestação privilegiada da sexualidade infantil é a masturbação, através da qual se proporá uma educação da criança voltada para seu corpo. O corpo da criança é constituído como objeto médico por ser portador de um perigo: a criança não deve ser deixada a ela mesma, à família que é meio favorável ao desenvolvimento da sexualidade e à prática da masturbação. A criança é envolvida por um "ambiente da depravação" do qual faz parte, desempenhando papel importante, o escravo e a escrava.

426 Alphonse Rendu, *Etudes topographiques, médicales et agronomiques sur le Brésil*, Paris, 1848, p. 19-20. Em francês no original.

Este perigo poderia desaparecer através da medicalização da família, que teria como pressuposto a retirada do escravo e como uma das conseqüências a mudança da educação da criança.

Não só a criança, mas também a juventude é debilitada pela presença da escrava: "As escravas são as amigas, as companheiras, as confidentes da mocidade de seu sexo, naquelas famílias em que a austeridade de costumes é considerada como uma tirania, e então... não é mister que patenteemos o fruto das lições de tão hábeis mestras"[427]. A escrava é exemplo de corrupção que poderá fazer "frutificar", nas jovens brancas, o "germe da corrupção" que lhes foi "instilado na alma" pelo leite com que foram alimentadas[428]. Uma boa educação poderia neutralizar estes "gérmens", mas a educação dada é a continuação da presença negra. Nestas condições, as jovens "não podem (...), uma vez ligadas ao carro matrimonial, nem bem cumprirem os misteres de mãe, nem mesmo engendrar filhos fortes e robustos"[429].

Dentro das famílias, a ação mortífera do escravo continua a se fazer sentir, expandindo a "depravação dos costumes", agindo como elemento favorável ao desregramento dos costumes. A escrava, ao atrair o senhor para o seu leito, corrompe, pelo pai, toda a família: "ninguém ignora as desordens domésticas que freqüentemente suscita uma escrava. Quantos homens há que deixam o leito nupcial para irem conspurcar-se nas imundas senzalas onde dorme a escrava, que é preferida a uma esposa terna e amável?"[430].

A escravidão doméstica é portanto um dos obstáculos à construção da família nuclear, medicalizada, impedindo o progresso da sociedade. A medicina, ao

427 Herculano Augusto Cunha, *op. cit.*, p. 32.
428 *ibidem*, p. 32.
429 Miguel Antonio Herédia de Sá, *op. cit.*, p. 19.
430 Herculano Augusto Cunha, *op. cit.*, p. 32.

atacar esta escravidão, tem como alvo a família. A presença escrava em seu interior representa perigo físico e moral: "àquele que almeja descortinar as fontes de corrosão de qualquer país (cumpre) não estudar em abstrato uma das naturezas humanas, mas sim aprofundar os motivos físicos e morais da degeneração de qualquer sociedade"[431]. A escravidão é um destes motivos.

A escravidão é obstáculo à criação de um tipo de família, composta pelo casal e seus filhos, vivendo higienicamente, voltada para fora e para a produção de indivíduos bem formados. Família que aparece como foco que permite o funcionamento ótimo da sociedade. Só através desta transformação a família deixará de receber, no grande inventário médico, o estatuto negativo de causa e produtora de doença. Para a positivação da família, é essencial retirar dela o escravo.

A abordagem da escravidão como prática rural caracteriza-se, nas teses de medicina da época, pela denúncia do tratamento recebido pelo escravo, na medida em que é ineficaz política e economicamente: gera revolta e doença. O objetivo dos trabalhos médicos que se voltam para a escravidão no campo é melhorar as condições de vida do escravo e fazer dele um trabalhador saudável, que possa produzir continuamente ao longo de sua existência; um trabalhador submisso, que não se volte contra o seu senhor. Maior produtividade e submissão — este é o resultado que os médicos prometem como fruto da aplicação de uma higiene da escravatura; este é o significado do tratamento que deve será dado ao escravo no campo.

Um castigo, nem excessivo, nem arbitrário, terá desempenho modelar na correção e transformação do faltoso: "Não se infira, diz uma tese da época, que pretendamos nem de leve sequer abolir o castigo dos pretos;

431 Miguel Antonio Herédia de Sá, *op. cit.*, p. 19.

antes o aprovamos, mas aplicado com moderação e dentro da esfera das leis da humanidade"[432].

Aliado ao mau tratamento dispensado pelos senhores, um outro fator é, para a medicina, causa de revolta e de doença entre os escravos no campo: a ignorância do negro, geradora de superstição. Uma educação cristã, proporcionada desde a infância, poderá modificar este quadro indesejável. O efeito desta modificação se fará sentir ao nível político — dissolução da revolta e de suas possibilidades — e ao nível econômico — disposição física e moral para o trabalho.

Além de uma intervenção sobre o castigo e ignorância, há necessidade, para que desapareça o binômio revolta/doença, de uma atuação sobre as condições higiênicas da vida do escravo: habitação, alimentação, vestuário, condições de trabalho, repouso, cuidados médicos. À crítica do que existe, segue-se uma proposta de modificação que fará do escravo, através de medidas higiênicas, um bom trabalhador — tanto ao nível econômico quanto político.

A descrição das senzalas feita pelos médicos procura mostrar que elas reúnem causas de doença: são mal localizadas, mal construídas, úmidas e imundas, sem ventilação, abrigando um número excessivo de escravos, além de muitas vezes nelas serem encontrados "fogões" — condições maléficas à saúde por alterarem o ar.

O olhar médico penetra nas senzalas para revelá-las como produtoras de doença: "são geralmente as habitações dos negros (senzalas) malsãs pela umidade de que quase sempre se acham impregnadas as paredes e o próprio chão: estas habitações, geralmente falando, não têm senão duas ou três braças de largura e outras

[432] José Rodrigues de Lima Duarte, *Ensaio sobre a higiene da escravatura no Brasil*, tese à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1849, p. 33.

tantas de fundo, e algumas há de menor dimensão. São cobertas as mais das vezes de sapê e na falta deste, de paus de palmito e algumas já existem cobertas de telhas. Neste pequeno espaço acomodam-se famílias numerosas, de sorte que não é possível que o ar atmosférico aí se ache em proporções convenientes. A falta de maior espaço e ventilação concorre para que com mais facilidade o ar desse recinto se altere mais depressa; aí pelo grande número de pessoas existentes consome-se maior porção de oxigênio e há aumento de ácido carbônico, principalmente sendo as senzalas destituídas de janelas ou outras quaisquer aberturas, por onde se opere uma livre ventilação (...). Outra causa de alteração do ar é o uso dos fogões nas próprias senzalas os quais, além de desoxigenarem o precioso elemento da vida, o sobrecarregarão do produto de certas substâncias empireumáticas, e ainda trazem o inconveniente de rarefazerem o ar, aumentando sua temperatura e carregando-o de substâncias hidrogêneas e carbonizadas"[433].

A habitação existente é não só insalubre, mas, sendo local de amontoamento, é espaço de desconhecimento por parte do senhor, de devassidão e rebeldia. Sendo assim, as medidas propostas para que a habitação deixe de ser causa de doença e revolta são: em primeiro lugar, fazer as construções em locais secos e arejados, levantados do chão; também para evitar a umidade, não se deve cobrir as senzalas com sapê. Em segundo lugar, estabelecer dormitórios comuns, obedecendo a determinadas condições de vigilância e higiene: que os escravos durmam sobre jiraus, e não acumulados em pequenos repartimentos; que cada um possua uma esteira e um cobertor; que haja inspeções semanais para se averiguar o estado das camas; que haja inspeção noturna feita pelo feitor, o que terá como efeitos garantir a segurança (ten-

[433] José Rodrigues de Lima Duarte, *op, cit.*, p. 20.

do os escravos de ser revistados todas as noites, estarão presentes na hora do recolhimento e nada poderão fazer senão às vistas do feitor), a regularidade de descanso (todos terão os mesmos horários para dormir e acordar), evitar a devassidão e as reuniões dos escravos de uma fazenda com os de outras e que ocorrem geralmente de noite (isto é nocivo à saúde dos escravos, à ordem e regularidade das fazendas)[434].

Modificar as habitações ao nível de sua construção e de sua organização interna aparece como essencial para assegurar a saúde. Os procedimentos que produzem este estado acompanham-se do controle minucioso de tudo que acontece no interior da senzala. A boa senzala permite fazer do escravo objeto de investigação e vigilância constantes, produz ordem e saúde: ao se acabar com o amontoamento, instaura-se a distinção de cada escravo — distinção que dá a cada um a parcela necessária de ar e controle.

A alimentação dos escravos é outra causa importante de doença, mas também de indolência: constitui-se basicamente de feijão e milho e, na falta deste, de mandioca. Os médicos criticam a falta de variedade, insuficiência e preparo mal cuidado do alimento. Este não possibilita o "renovamento ou desenvolvimento do corpo"[435]. Além disso, existe uma relação íntima entre o tipo de alimentação e a aptidão para o trabalho: por exemplo, substâncias feculentas causam "obesidade incômoda, embrutecimento considerável da sensibilidade, grande preguiça e embotamento das faculdades; por conseguinte, inaptidão para o trabalho"[436]. Além da quantidade e qualidade da alimentação, existe o problema da

[434] Cf. José Rodrigues de Lima Duarte, *op. cit.*, p. 22 e David Gomes Jardim, *A higiene dos escravos*, tese à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1847, p. 14-15.
[435] David Gomes Jardim, *op cit*,. p. 6.
[436] *ibidem*, p. 8.

preparação da comida: pouca limpeza, utilização de vasilhas de cobre que podem, quando não limpas, causar envenenamento.

À crítica, seguem-se as modificações necessárias: os alimentos devem ser variados e de boa qualidade, compostos de substâncias do reino vegetal e animal, em quantidade que satisfaça às necessidades do organismo; as vasilhas devem ser sempre limpas, e nunca de cobre; deve-se fornecer uma porção de aguardente quando houver necessidade (isto é, quando os escravos tiverem se molhado ou em dias festivos, para regozijá-los)[437].

A alimentação adequada, portanto, assegura a manutenção e mesmo a elevação do estado de saúde: o que tem como contrapartida a garantia de uma condição específica de trabalho. No caso das bebidas, ela funciona como estimulante e mesmo como prêmio. O senhor, dando ao escravo o que lhe deve ser dado, terá vantagens ao produzir trabalhadores saudáveis.

O vestuário do escravo "não oferece uma garantia segura contra as intempéries"[438]: eles não só ficam sujeitos à ação dos elementos, como ofendem as leis do pudor. No trabalho, não têm proteção: roupa molhada, cabeça descoberta, exposição ao calor e ao frio, etc. Esta desproteção é causa de inúmeras doenças e mesmo de morte. Os fazendeiros, portanto, devem tomar providências no sentido de melhorar e adequar o vestuário às necessidades que o corpo tem para se proteger: "que os escravos tenham a roupa necessária, a qual seja sempre lavada, para não se impregnar de matérias nocivas; porquanto, se houver vestidos sobressalentes, não serão tão continuadas as repercussões, que bem funestas são em suas conseqüências; aconselhamos mais que eles sejam de linho ou de lã, conforme a estação; e que se tenha a

[437] Cf. *ibidem*. p. 9. e José Rodrigues de Lima Duarte, op. *cit.*, p. 25-30.
[438] David Gomes Jardim, *op. cit.*, p. 10.

maior cautela em preservar a cabeça dos raios de sol ou da umidade, o que se pode realizar com o uso de barretes"[439].

O trabalho também ocasiona doença, principalmente pelas condições em que se realiza e pelo excesso a que os senhores obrigam os escravos: "os senhores fazendeiros não sabem compreender os seus interesses quando, embaídos por uma ambição mal entendida, sacrificam os seus cativos aos rigores de uma fadiga sobrehumana"[440]. Os escravos saem para o trabalho às cinco da manhã e são submetidos à influência do sol e da chuva durante todo o dia; durante a noite, costuma-se obrigar os negros ao trabalho (abrir cavas, aplainar terreiros, pensar o café, a cana, etc.); além disso, o trabalho é distribuído sem atenção ao vigor físico de cada escravo, é determinado igualmente para todos. Assim como há excesso de castigo e falta de proporcionalidade entre castigo, pena e castigado, também existe uma desconsideração absoluta da necessidade de moderação e modulação do trabalho à força de cada um. Para que isto ocorra, é preciso não só o conhecimento individual de cada escravo, como uma regularização, através de leis do trabalho, no que diz respeito às horas, condições e descanso. Só se dando atenção aos limites físicos do esforço haverá possibilidade de se evitar o aparecimento de doenças e a morte do escravo. O trabalho forçado produz também embrutecimento e idiotismo: seus efeitos se fazem sentir em todo o organismo humano.

Para que haja uma boa produtividade, não é necessário conseguir um excesso durante um período curto: muito mais eficaz é distribuir tarefas que cada um possa cumprir, é estimular o trabalho não pela violência, mas pela garantia de condições de vida, pela educação, pelo

439 David Gomes Jardim, *op. cit.*, p. 11.
440 *ibidem*, p. 12.

controle e pela emulação. José Rodrigues de Lima Duarte sugere que os fazendeiros dêem prêmios para os que se distinguirem no trabalho e liberdade para os que tiverem conduta perfeita: estes dois mecanismos ajudariam a criar um bom trabalhador, já que o escravo, tendo em mente o benefício futuro, se transformaria em auto controlador. Cabe portanto substituir o excesso pela proporcionalidade e o chicote pelo prêmio.

O trabalho deve ser interrompido periodicamente para que o escravo, através do repouso, possa refazer suas energias. Aos escravos não se dá tempo nem condições para dormir: é preciso que algumas horas sejam dedicadas ao sono e que eles se deitem e se levantem em tempo conveniente. O momento do sono é importante não só como reparador: controlá-lo significa apoderar-se de uma parte da vida do escravo antes deixada aos caos das senzalas.

De todas estas más condições, resulta a morte ou a doença. Neste nível situa-se uma outra causa: os "cuidados médicos". São utilizados recursos não aprovados pela medicina, não se seguem regras higiênicas necessárias para se fortalecer os doentes. As fazendas geralmente têm um espaço onde estes são alojados, o que não significa que se ofereçam condições para o restabelecimento: consistem geralmente em "uma pequena sala apenas barreada ou então mal rebocada e sempre conservada na escuridão (...). Os leitos além de acharem-se amontoados, de maneira que um lugar que acomodaria seis pessoas é ocupado por dez ou dezesseis, consistem em uma pequena esteira, e por cobertura lhes dão apenas algumas mantas que mal cobrem o indivíduo"[441]. O mesmo amontoamento que caracteriza a senzela caracteriza este "hospital" das fazendas, que não está organizado para o restabelecimento do escravo. O

441 José Rodrigues de Lima Duarte, *op, cit.*, p. 21.

"hospital" é local onde ficam os doentes, o que não implica que seja orientado para produzir saúde.

Os médicos propõem então hospitais que sejam máquinas de cura, que tenham "melhor direção tanto no seu serviço como na sua construção"[442]: suas "salas devem ser espaçosas, com um número de janelas que esteja em relação à sua extensão, e estas mais elevadas que os leitos dos enfermos, e guarnecidas de cortinas móveis que servirão para a entrada da luz, ventilação do edifício, defração dos raios solares e ao mesmo tempo, pela sua direção, a modificar a temperatura do lugar"[443]. Os leitos devem ter uma disposição específica, nunca muito próximos, os colchões devem ser cuidados, assim como os lençóis, as colchas de lã e de algodão, a roupa dos doentes. Além disso, deve haver um jardim para os convalescentes passearem.

Os hospitais de fazenda propostos reproduzem, em linhas gerais, a organização dos hospitais construídos para o atendimento à população na cidade e que têm como objetivo a restituição e melhoramento do estado de saúde. A proposta de um afastamento dos meios "tradicionais" de tratamento das doenças, em nome do cuidado médico, da supervisão médica da doença, insere-se na tentativa de fazer do corpo escravo um corpo dócil e útil.

Ao contrário da tematização do escravo na cidade — em que este é antes de tudo analisado como obstáculo, como causa de doença e devassidão da família branca, tendo portanto um estatuto negativo e subordinado — a tematização do escravo no campo o circunscreve como objeto específico. Seu objetivo é uma transformação da relação entre senhor e escravo, através da modificação das duas figuras que a compõem e da criação de um quadro legal que a regulamente.

442 *ibidem.*
443 *ibidem*, p. 22.

Ao se propor a transformação, garantidora da saúde e submissão do escravo, coloca-se a necessidade de controlar toda sua vida, desde a infância até a morte, durante o trabalho, o repouso, a diversão. Não se deve permitir ao escravo a manutenção de uma diferença que faça dele alguém desconhecido e impossível de ser controlado. Retirar o escravo de suas "superstições" tem portanto um efeito político: a superstição é terreno não penetrado pelo senhor, é território de perigo. Educá-lo, vigiá-lo, dar-lhe saúde significam construir o bom trabalhador, de eficácia garantida. Neste sentido, a proposta em relação ao escravo aproxima-se daquelas relativas ao operário europeu feitas pelos médicos: "É de admirar que no século das luzes, em que tudo caminha em rápidos progressos, ainda não tenham surgido homens filantropos que empreguem seus esforços para o melhoramento de algumas classes da sociedade, que jazem no maior abandono e desleixo a este respeito, como por certo a dos escravos no Brasil (...). Na civilizada Europa muitos médicos incansáveis no bem da humanidade sucessivamente empenharam suas forças para melhorar as circunstâncias de muitas classes, principalmente as da operária; o que infelizmente não acontece entre nós, onde entre os cativos não são observadas as mais comezinhas regras higiênicas, não dando-se consideração alguma às localidades em que são construídas suas habitações, suas vestimentas, alimentação, horas de trabalho, repouso, dormitórios, etc., objetos estes tão necessários à salubridade do indivíduo" [444].

A reflexão da medicina social sobre o escravo é o exemplo privilegiado que confirma algumas de suas características essenciais: a de ser fundamentalmente medicina urbana, voltada para um projeto higiênico e disciplinar em relação à cidade, suas instituições e po-

444 José Rodrigues de Lima Duarte, *op. cit.*, p. 1.

pulação, e não uma medicina do trabalho, preocupada com a melhoria da saúde do trabalhador que só secundariamente é tematizado e em razão do projeto fundamental de transformação urbana. Assim, o escravo, principal mão-de-obra da sociedade brasileira, nunca é diretamente considerado. Para constar do projeto médico, ele depende ou do exame crítico ao funcionamento da família branca e do efeito negativo que sua presença causa, como elemento corruptor físico e moral desta família, ou da crítica médica à cidade, quando é circunstancialmente visado: ele é vendedor ambulante, carrega em barris os dejetos das moradias para depositá-los nas praias, é barbeiro e sangrador... Tematização sempre subordinada a problemas julgados mais relevantes como a urbanização e limpeza dos locais ou como a normalização do saber e prática médicos que faz do sangrador e do barbeiro charlatães a serem combatidos.

Com referência à escravidão no campo existe um discurso e uma proposta específica. O objetivo dos trabalhos médicos que se voltam para o problema é melhorar as condições de vida do escravo e, fazendo dele um trabalhador saudável, aumentar sua produtividade. A reflexão médica sobre o escravo no campo apresenta, pois, singularidades que poderiam fazer pensar em uma medicina social voltada para o campo e para o trabalhador.

A insignificância do número de teses sobre o assunto e a ausência do problema nas discussões e publicações da Sociedade de Medicina [445] confirmam, porém, o aspecto secundário e acadêmico desta reflexão. Além disto, ao tratar do escravo no campo, estas teses repetem o projeto médico em relação ao operário livre europeu. A atuação proposta — que transformará o escravo em corpo dócil e útil — é idêntica àquela que,

[445] As publicações da Sociedade de Medicina do período 1831-1890 não fazem referência ao assunto.

na Europa, os médicos tentam realizar em relação à mão-de-obra assalariada das fábricas. Ao mesmo tempo em que apontam para a contradição entre a escravidão e as normas de funcionamento da nova sociedade — construída a partir da liberdade e da igualdade, da existência do contrato social — os médicos tematizam o escravo no campo como se ele fosse um membro da sociedade contratual: o tratamento sugerido aos fazendeiros é o mesmo que se procura dar àqueles que efetivamente participam desta sociedade e que, sendo juridicamente livres, podem vender sua força de trabalho, assumindo direitos e deveres.

Desta reflexão, conclusões importantes podem ser tiradas. Por um lado, a escravidão urbana enquanto mão-de-obra, enquanto trabalhadora e produtora, não é objeto de considerações médicas. Omissão que mostra a ausência de características de uma medicina da força de trabalho que se poderia imaginar como razão determinante da medicina social. Ao tratar do escravo na cidade, ela não leva em conta esta função que, no entanto, era essencial para a economia — a do escravo trabalhador — ocupando-se exclusivamente da escravidão do ponto de vista doméstico, a partir de considerações sobretudo morais. Sem pensar em sua importância como mão-de-obra, vendo-a como obstáculo à implantação de uma família saudável, os médicos propõem simplesmente a sua extinção. Por outro lado, as propostas médicas de intervenção na condição de vida e trabalho do escravo rural, feitas a partir da produção teórica européia a respeito do operariado, apontam para a ausência de um pensamento integrado que desse conta globalmente da escravidão como especificidade da sociedade brasileira, quando comparada aos países da Europa.

Não considerando a mão-de-obra escrava na cidade, equivocando-se quando a estuda no campo, a medicina social nunca fêz da realidade específica da es-

cravidão — a principal força de trabalho da época — a sua questão mais fundamental, nem prática nem teoricamente. Tem sob sua mira a transformação da cidade — e principalmente da Corte — promovendo seus habitantes livres a indivíduos saudáveis e patriotas, perfeitos cidadãos. O que é mais um testemunho de que no momento de sua constituição a medicina social brasileira não é uma medicina do trabalho ou do proletário, mas uma medicina urbana.

PARTE III

A MEDICINA DO COMPORTAMENTO

INTRODUÇÃO

O que foi várias vezes dito com relação a outros países evidencia-se com mais forte razão no Brasil: a psiquiatria não é uma disciplina teórica e uma técnica terapêutica que sempre existiram. Um saber de tipo médico sobre a loucura que a considera como doença mental e uma prática com a finalidade de curá-la por um tratamento físico-moral só se constituem em determinado momento da história. Transformação da loucura em doença, fenômeno patológico, mas doença diferente, exigindo, por conseguinte, um tipo específico de medicina para tratá-la, justamente a psiquiatria.

Em 1841, D. Pedro II determina a criação, no Rio de Janeiro, de um hospício destinado no tratamento de alienados. Primeiro hospital de doentes mentais do Brasil, inaugura uma nova fase da problemática da loucura e do louco em nosso país: assinala, como marco institucional, o nascimento da psiquiatria.

Ponto inicial, começo de um processo, a criação do hospício insere-se na transformação mais ampla que

atinge a medicina enquanto saber e técnica de intervenção. Considerado sob esse aspecto, o hospício é um resultado; representa um momento de vitória em uma luta que não só antecede mas prepara sua realização e confere à psiquiatria um lugar entre os instrumentos utilizados pela medicina.

Só é, portanto, possível compreender o nascimento da psiquiatria brasileira a partir da medicina que incorpora a sociedade como novo objeto e se impõe como instância de controle social dos indivíduos e das populações. É no seio da medicina social que se constitui a psiquiatria. Do processo de medicalização da sociedade, elaborado e desenvolvido pela medicina que explicitamente se denominou política, surge o projeto — característico da psiquiatria — de patologizar o comportamento do louco, só a partir de então considerado anormal e, portanto, medicalizável.

Em 1830 é lançada, pela recém-criada Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, uma nova palavra de ordem: aos loucos o hospício[446]. A consideração dos principais documentos que, pela primeira vez no Brasil, investigam a situação dos lucros, explicitam sua periculosidade e propõem a criação de um estabelecimento próprio para eles mostra claramente que um mesmo grupo de médicos promoveu o projeto de medicina social e lançou a bandeira da psiquiatria. Mas a relação entre a loucura e a medicina urbana do século XIX não se restringe evidentemente ao fato de as mesmas pessoas assumirem e promoverem as mesmas lutas. O fundamental não é a existência de dois objetivos correltatos e coetâneos, mas a inclusão, como parte integrante e derivada, do louco nas medidas de medicina social, sejam elas simplesmente propostas ou

[446] O Relatório da Comissão de Salubridade de 1830 é o primeiro documento brasileiro a tratar o louco como doente mental.

efetivamente realizadas. Durante toda essa época o hospício, principal instrumento terapêutico da psiquiatria, aparece como exigência de uma crítica higiênica e disciplinar às instituições de enclausuramento e ao perigo presente em uma população que se começa a perceber como desviante, a partir dos critérios que a própria medicina social institui.

Um artigo de Sigaud [447] chama atenção para a situação perigosa do louco e situa como objeto da polícia médica — que na época deve ser realizada pelas Câmaras Municipais — não só a higiene pública como também o controle do "doido". Ação que se deve realizar principalmente sobre o louco pobre. Os ricos já são isolados, "vigiados, alimentados e tratados" em quartos fechados em suas próprias casas, embora o isolamento asilar evite uma série de inconvenientes desta situação, como o incômodo dos vizinhos, a falta de higiene e de espaço no quarto, etc. A polícia médica deve se dirigir prioritariamente àqueles que circulam livremente pelas ruas, podem enfurecer-se e repentinamente cometer atos homicidas.

O louco faz seu aparecimento como um perigoso em potencial e como atentado à moral pública, à caridade e à segurança. A loucura é perigo a ser evitado das ruas da cidade. Liberdade e loucura são antônimos.

Quando não vagam pelas ruas ou são isolados em casa, os loucos se encontram enclausurados em "cárceres que no Hospital da Santa Casa da Misericórdia lhes são dados para asilo" [448]. A crítica ao hospital é

[447] "Reflexões acerca do trânsito livre dos doidos pelas ruas da cidade do Rio de Janeiro, etc", *in Diário de Saúde*, 1835, p. 8-10.

[448] Luiz Vicente de Simoni, "Importância e necessidade da criação de um manicômio ou estabelecimento special para o tratamnto dos alienados", *in Revista Médica Fluminente*, setembro de 1839, p. 244.

parte central da argumentação pela necessidade de um hospício. A idéia básica é que o Hospital da Misericórdia, onde se encontravam os loucos antes do funcionamento do Hospício, não oferece condições para abrigar medicamente e recuperar o louco. Tanto a repartição dos homens quanto a das mulheres são insuficientes e impróprias, estando "em desarmonia com os preceitos da ciência, as luzes do século e os sentimentos da verdadeira humanidade" [449].

A repartição dos homens, por exemplo, fica no andar térreo, embaixo de uma enfermaria-escola que, por ter o assoalho de táboas sem forro, expõe os alienados continuamente ao barulho; as janelas dos quartos dão para o quintal onde se encontram bois, bestas e carros não permitindo o isolamento com relação ao exterior, expondo os loucos não só ao ruído como também aos ludíbrios e insultos dos transeuntes; como as paredes que separam os quartos têm um intervalo perto do teto, ocupado por uma balaustrada de ferro, toda a população enclausurada, "principalmente os dementes, os velhos, os menos furiosos e os escravos", ficam encerrados em uma sala que também dá para o quintal, "dormem em tarimbas ou ficam presos a um grande tronco fixo, aonde também vão parar por castigo os escravos da casa que cometem faltas" [450]. Além disso, o tratamento moral não é praticado; muitos dos meios do tratamento físico faltam ou são impossíveis; não há divisão para as diversas espécies de loucura; também não há banhos, jardins para passeio, regime especial e regimento próprio. Finalmente, não há médico especialista e os enfermeiros não têm qualificação alguma, além de estarem sempre em rodízio pelo hospital.

Delineia-se uma nítida oposição entre um hospício e o hospital: "O Hospital da Misericórdia não tem

[449] *ibidem*, p. 254.
[450] *ibidem*, p. 247.

celas destinadas a recolher os maníacos? Sim, é verdade, mas que distância vai dessas gaiolas humanas, postas na vizinhança de um cemitério e por baixo de enfermarias ajoujadas de doentes a um local espaçoso, arejado, no meio do campo, com ruas de árvores para o livre exercício dos doidos e com água corrente para os banhos frios, que são de tanta necessidade no curativo da loucura! Ali não há prisões, nem pancadas, nem nem divertimento para os visitantes ou curiosos; há, pelo contrário, vigilância ativa e inteligente de guardas fiéis, sob a direção de médicos caritativos. O tratamento dos maníacos no Hospital da Misericórdia é uma obra de misericórdia e nós reclamamos uma obra de filantropia" [451].

Portanto, os médicos criticam a situação do louco nas ruas e no Hospital da Santa Casa, considerando-os tanto como perigosos quanto injustiçados, como criminosos em potencial e como vítimas indefesas. Paradoxo que não pode ter como solução simplesmente privar o louco de liberdade, isolar a loucura da sociedade. O psiquiatra, tomando as coisas conceitualmente, não é um policial. Para ele, o lugar do louco não é a rua, nem a prisão, mas o hospício. A loucura se trata não com liberdade, nem com repressão, mas com disciplina.

O hospício é a grande evidência terapêutica da psiquiatria nascente: "De todas as moléstias a que o homem é sujeito nenhuma há cuja cura dependa mais do local em que é tratada do que a loucura (...). Sem o isolamento, a tranquilidade, o silêncio, quando eles são precisos; sem as convenientes separações dos loucos em classes segundo o gênero e espécie de alienação mental; sem o trabalho, as distrações, a ventilação, os passeios, os banhos, as embarcações; sem meios próprios de efetuar tudo isso e conter sem bar-

[451] J.F.X. Sigaud, *op cit.*, p. 8.

baridade os furiosos no seu delírio, sujeitando-os docemente ao tratamento que lhes pode ser útil; sem uma grande atenção e cuidado todos dedicados a esta classe de doentes é impossível obter-se boas curas e com facilidade" [452].

A ofensiva médica em relação ao louco configura-se basicamente na proposta de criação de uma instituição capaz de medicalizá-lo e possibilita que a questão da loucura se insira naturalmente nos objetivos de uma medicina do espaço social. Por um lado, a proposta de organização e funcionamento da cidade deve excluir o louco da livre circulação em seu interior visto que ele representa um foco de perigo; por outro, quando analisa as instituições, a medicina constitui o espaço próprio do louco, capaz não só de dominá-lo — destruir os seus efeitos, subjugar sua ameaça — mas de atingir sua loucura e integrá-lo à vida urbana por um processo de recuperação.

A partir de então, loucura e prevenção estarão para sempre ligadas. Ainda não no sentido de uma intervenção sobre a loucura antes mesmo que ela ecloda, que é a grande pretensão da atualidade. Mas enquanto a loucura é um comportamento caracterizado medicamente no momento em que, formulando uma etiologia social da doença, a medicina urbana detecta os diversos perigos que podem ameaçar a existência de uma sociedade em vias de normalização. Coube à medicina social a tarefa de isolar preventivamente o louco com o objetivo de reduzir o perigo e impossibilitar o efeito destrutivo que ela viu caracterizada em sua doença. Nasce assim, no Brasil dos meados do século XIX, não uma "psiquiatria preventiva", mas a psiquiatria como instrumento da prevenção.

452 Luiz Vicente de Simoni, *op. cit.*, p. 241.

Analisemos, a seguir, a emergência histórica dos principais conceitos que circunscrevem a problemática da alienação mental e a constituição deste poder que tem competência, baseado em seu saber, para distinguir o normal do patológico e realizar o controle e a vigilância dos indivíduos considerados doentes mentais.

CAPÍTULO 1

A PATOLOGIA DO COTIDIANO

Em meados do século XIX, surgem no Brasil os primeiros trabalhos teóricos sobre alienação mental: são teses apresentadas às faculdades de medicina do Rio de Janeiro e da Bahia, visando à obtenção do grau de doutor. A escolha do tema — a alienação mental em geral ou alguma de suas manifestações específicas, segundo a nosografia aceita no período — nem é fruto de algum curso especializado [453], nem determina, para o estudante, uma especialidade a que viria dedicar-se em sua carreira. A teorização psiquiátrica é, nesta época, um exercício de cunho universitário, escolar e burocrático. Exercício pedagógico de qualificação, as teses não refletem, e o declaram expressamente, qualquer articulação com a prática. Defendendo o princípio da observação contra o espírito de sistema, elas expõem a contradição de um saber que se diz baseado na experiência, dela dependente, mas que se limita a reproduzir o saber dos outros. Apoiadas em autores estrangeiros, notadamente franceses, a referência à situação brasileira inexiste ou é ocasional, vindo corroborar a interpretação teórica de exemplos encontrados naqueles autores.

[453] A cadeira de psiquiatria na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro só será criada em 1881.

Importação maciça de teorias, sem grande cuidado com as distinções estabelecidas por um mesmo teórico ou com as diferenças entre um pensador e outro, não há nelas uma coerência que possa definir o perfil de um determinado período, algo de original ou uma posição própria em torno da qual se organizem. Caracterizadas pela repetição do saber estrangeiro, onde o que muda é a predominância de um autor sobre os outros, elas retomam certos conflitos teóricos — por exemplo, o da natureza puramente orgânica ou não da doença mental. Retomados e simplificados, trabalhados com pouco rigor, tais conflitos permitem incoerências internas que a prática ausente não pode revestir de aparente objetividade. Por outro lado, as transformações do conceito de alienação mental também não têm maior relevância para o desenvolvimento da prática asilar.

De qualquer modo, as teses revelam, na redução de perspectivas a que se obrigam pelas suas próprias condições de produção, a ambigüidade do discurso sobre a loucura de que se alimentam: impossibilidade de tornar a loucura objeto para uma racionalidade propriamente médica, necessidade de exercer sobre a loucura uma regulação de caráter moral, inscrevendo-a na categoria das condutas anormais. Sem contar com recursos de observação e controle, os doutorandos brasileiros acabam por atestar a pouca importância real de uma fundamentação científica que orientasse a prática asilar. Ao abrir espaço em seus trabalhos para reivindicar ou louvar o isolamento da loucura no asilo, se-

guindo o exemplo de Pinel e Esquirol, eles formulam coerentemente, nessa aparente digressão, o fundamental de suas teses.

Em resumo, os textos brasileiros sobre alienação mental, nesse primeiro período, marcam a integração do país na era da civilização, de que a instituição universitária, com suas exigências e formalidades, dá provas. A reprodução de um saber contemporâneo, no âmbito universitário, significa por si só a presença da nova sociedade nacional entre os povos civilizados do Ocidente. Mas este afeito de superfície duplica-se de outro mais palpável: a simples existência e mesmo o número razoável de trabalhos teóricos sobre loucura, no Brasil da época, são compreensíveis em seu papel de instrumentos auxiliares de validação da ofensiva médica, tanto no que concerne à consolidação e prestígio do ensino e da profissão, quanto em relação ao movimento da medicina social que, ao intervir na sociedade, percebe no louco um elemento de desordem e periculosidade urbanas e prevê um lugar para sua correção.

Sendo uma retomada da produção francesa sobre doença mental, e em grande parte tendo Esquirol como referência básica, esses primeiros textos brasileiros reproduzem os temas principais da psiquiatria nascente através de duas grandes articulações: a da loucura com a inteligência e a da loucura com a civilização, mediadas pela categoria de moralidade.

Do delírio à doença moral

O século XIX marca o momento em que a loucura recebe definição médica como alienação mental,

sendo assim integrada ao campo da medicina, de uma medicina especial que é a psiquiatria. Desde o início, a psiquiatria apresenta uma tensão entre a exigência de integrar a loucura ao mesmo esquema de racionalidade do pensamento médico e a necessidade de reconhecer sua originalidade com relação às outras doenças, na medida em que suas características não se prestam facilmente a esta assimilação ao mundo do patológico. Essa dificuldade aparece não só na relação entre as abordagens de diversos autores, mas penetra inclusive as formulações individuais, onde aparece sob forma de tensão entre o orgânico e o psíquico, entre o físico e o moral.

Além da dificuldade de relacionar o mundo do psíquico com o mundo médico do organismo, guardando sua originalidade como medicina mental ao mesmo tempo em que se afirma como disciplina médica, a psiquiatria, no momento de sua constituição, enfrenta uma dificuldade interna à problemática da loucura. Trata-se da relação entre loucura e razão ou inteligência e o mundo da vontade. Será a definição de alienação mental situada ao nível da inteligência ou mais fundamentalmente diz ela respeito aos fenômenos ligados à vontade? Deve ser caracterizada como erro, ilusão, alucinação, delírio ou como perversão da vontade, desregramento das paixões, força do instinto, comportamento desviado? É a questão da verdade ou a do comportamento que preferentemente se encontra tematizada na teoria da doença mental? Questão que se coloca mais precisamente em relação à existência do delírio: se a loucura é delírio, ela será referida sobretudo à inteligência, o que privilegia a questão intelectual do erro e da verdade; se há uma loucura sem delírio, é possível mostrar como a psiquiatria se interessa por algo mais fundamental que o delírio, algo que não se situa mais ao nível da inteligência, mas é da ordem do compor-

tamento desviante, das paixões desregradas, da vontade pervertida.

A obra da Esquirol — não só pela marcante influência que exerceu em todos os trabalhos realizados no Brasil sobre alienação mental nos meados do século XIX, como também por ter sido o grande marco teórico do aparecimento do conceito médico de loucura e das distintas ordens de fenômenos psíquicos presentes no termo alienação mental — é o melhor exemplo a partir do qual se podem investigar as dificuldades que marcam o aparecimento da psiquiatria, mas que não devem ser pensadas como obstáculos à elaboração de sua cientificidade na medida em que traduzem, desde o início, a função política do discurso psiquiátrico.

Esquirol

Analisemos inicialmente a relação entre loucura, inteligência e vontade a partir dos estudos de Esquirol reproduzidos em seu livro *Des maladies mentales*.

A loucura não deve ser pensada como fenômeno homogêneo, unitário. Existem diferentes formas de loucura, umas caracterizadas pelo delírio como a lipemania, a monomania e a mania, outras pela desrazão como a demência e a idiotia, formas em que a inteligência é aniquilada e que são, portanto, incuráveis. É, pois, no primeiro grupo que se deve situar o debate em torno do conceito de loucura.

Do ponto de vista que investigamos, não existe diferença fundamental entre lipemania e monomania, duas doenças criadas por Esquirol para caracterizar um delírio parcial com predomínio de uma paixão. A lipemania pode ser considerada como uma forma de monomania, assinalando o caso específico em que a paixão dominante é triste e depressiva, embora Esquirol sempre as distinga. Sendo as duas delírios parciais, podemos opô-las à mania como delírio geral. Quer isto dizer que a loucura, quando não é aniquilamento ou enfraquecimento da inteligência, é delírio.

Ora, definir a loucura como delírio é situá-la em relação à inteligência. Mas, por isso mesmo, delírio não significa abolição, destruição ou inexistência do pensamento, desrazão. O delírio é um distúrbio, uma perturbação, uma desordem da inteligência. A faculdade continua existindo, o que abre para a possibilidade de se pensar em reabilitação, em transformação, em cura. Caracteriza o delírio o fato de ser um fenômeno da inteligência em que se verifica "a multiplicidade, a rapidez, a incoerência das idéias" [454]. Não há ausência de pensamento, mas sobretudo falta de atenção. Delírio é inteligência desordenada; implica, portanto, em presença da razão, mesmo quando não se pensa razoavelmente e se alteram as relações do eu com o mundo. Além disso, a teoria psiquiátrica nascente, que se precisa conceitualmente sobretudo com Esquirol, elabora a noção de delírio parcial, delírio limitado a um objeto ou a um grupo de objetos enquanto a inteligência funciona normalmente, sem apresentar desordem, em todas as suas outras atividades. O delírio parcial faz coexistir no interior da inteligência o normal e o patológico. O conceito de monomania é o de uma doença mental em que "o delírio se limita a um único objeto ou a um pequeno número de objetos, com excitação e predominância de uma paixão alegre e expansiva" ou, no caso específico da lipemania, com "predominância de uma paixão triste e depressiva". Portanto, o fundamental no

[454] J.E.D. Esquirol, "De la manie", *in Des maladies mentales*, tomo II, p. 134.

conceito de monomania, do ponto de vista da relação entre loucura e inteligência, é a impossibilidade de opor uma à outra como termos excludentes. Os monomaníacos que são atingidos ao nível do entendimento, não têm essa faculdade "lesionada" em toda sua extensão, mas unicamente em algumas de suas manifestações quando se produz um delírio fixo e exclusivo.

Daí a importância do conceito de monomania para a transformação da realidade da loucura a partir da psiquiatria. A psiquiatria produz um deslocamento: a inteligência não é mais, a partir de então, o referencial básico para se aferir a existência ou o grau de loucura. Se encontramos na definição citada de monomania o aspecto de delírio da inteligência e predominância de uma paixão, podemos afirmar que toda sua teoria deixa claro, desde o primeiro momento, que o nível das paixões é muito mais fundamental, como característica da alienação mental, do que o da inteligência. Se a loucura implica desordem da sensibilidade, da inteligência ou da vontade, sua característica essencial não é ser erro ou ilusão dos sentidos, delírio da inteligência, mas perversão da vontade que é um fenômeno moral e não intelectual. "Esta alienação moral", diz Esquirol, "é tão constante que me parece uma característica essencial da alienação mental. Existem alienados cujo delírio é quase imperceptível: não há cujas paixões, as afecções morais, não estejam desordenadas, pervertidas, destruídas. O retorno às afecções morais em seus justos limites; o desejo de rever as crianças, os amigos; as lágrimas da sensibilidade; a necessidade de abrir seu coração, de se reencontrar no meio da família, retomar seus hábitos, são sinais certos de cura, enquanto o contrário tinha sido um sinal de loucura próxima ou índice de iminente recaída; a diminuição do delírio não é um sinal certo de cura, a não ser quando os alienados voltam a suas primeiras afecções" [455]. Texto mais do que importante pelo fato de mostrar, tanto do ponto de vista da cura como dos sintomas da doença, que a loucura é referida antes ao comportamento moral e social do que à atividade intelectual e ao delírio. O interessante é que isto é afirmado no mesmo texto em que Esquirol define a monomania — tipo de manifestação patológica implicitamente referida nesta citação — como delírio parcial. Mesmo considerada como delírio parcial, este aspecto é secundário, derivado, subordinado a um nível mais elementar, básico, fundamental que está em relação com a vontade, onde se situam as paixões e que caracteriza o comportamento moral. As paixões são "os sintomas mais essenciais e os mais poderosos agentes terapêuticos da loucura" [456]. O círculo se fecha ao nível das paixões que serão consideradas tanto como causa quanto como terapêutica.

Essa a tese geral que afirma o primado do moral sobre o intelectual na caracterização psiquiátrica da loucura. Que, no entanto, não se limita à atribuição de um primado ou prevalência. Os psiquiatras vão muito mais longe nesta linha e, embora Esquirol tenha sido o primeiro a sistematizar a idéia e desenvolver suas implicações, desde Pinel a psiquiatria postula a existência de uma loucura sem delírio. Esquirol cita Pinel: "Fiquei bastante surpreso quando em Bicêtre vi vários alienados que não tinham nenhuma lesão do entendimento e eram dominados por uma espécie de instinto de furor, como se somente as faculdades afetivas tivessem sido lesionadas" [457].

Conservemos inicialmente um primeiro aspecto desta constatação: a existência de uma loucura que não

[455] J.E.D. Esquirol, "De la folie", *in op. cit.*, tomo 1, p. 16.
[456] *ibidem*, p. 56.
[457] J.E.D. Esquirol. "Mémoire sur la monomanie homicide", *in op. cit.*, tomo II, p. 805.

perturba o funcionamento da inteligência, que não atinge a razão, que não acarreta delírio. Se Pinel a considera uma forma de mania, Esquirol nega que haja um tipo de mania que não seja delírio total, mas procura dar conta do que também para ele é uma evidência, através do aprofundamento e da subdivisão do conceito de monomania.

Ele dá assim o último passo, e o mais decisivo, na definição psiquiátrica da loucura, propondo uma classificação de monomanias em que a determinância varia entre a inteligência, a afetividade e o instinto, três instâncias que distribuem o domínio da loucura, estabelecendo a originalidade da teoria e da prática psiquiátricas.

O primeiro tipo de monomania — a intelectual — nós já o expuzemos. Caracteriza-se por uma lesão parcial da inteligência cuja desordem se concentra em um único objeto ou em uma série limitada de objetos. Trata-se da concepção de monomania como delírio parcial que não impede que o doente sinta, raciocine e aja normalmente no que não diga respeito ao delírio. Mas o delírio da inteligência é, neste caso de loucura, a peça principal que determina tanto as afeições quanto a vontade lesionadas. Causalidade, portanto, da inteligência.

O segundo tipo é a monomania raciocinante ou afetiva. A loucura, neste caso, não passa pela inteligência. As idéias, raciocínios e discursos dos alienados são normais; a desordem está ao nível do comportamento. Diz respeito aos hábitos, ao caráter, às ações, às paixões do alienado. E o curioso é que embora a inteligência funcione normalmente ela não só não se insurge contra suas ações e seus sentimentos como mesmo os justifica. É esse o tipo de loucura que pode ser chamado de moral. O doente que era bom torna-se mau: afetuoso, agressivo; econômico, pródigo; "sua conduta era coordenada com seu estado e com sua situação social; é irregular e em desacordo com sua posição e sua fortuna" [458]. O desregramento, a perversão, a desordem da afetividade, das paixões e, por conseguinte, da moral, consistindo no fenômeno determinante deste tipo de loucura, mostram como o conceito de alienação mental não implica necessariamente uma lesão da inteligência, situando-se em um nível menos intelectual do que moral, que diz mais respeito à conduta do que ao pensamento do indivíduo. Deslocamento que adquire todo seu significado quando se pensa que a terapêutica fundamental instituída pela psiquiatria chamou-se justamente "tratamento moral".

Existe ainda um terceiro tipo de monomania — a instintiva — que não apresenta uma alteração nem da inteligência nem da afetividade. O que neste caso é lesionado é a vontade. Esquirol também o denomina "monomania sem delírio", deixando claro que aquilo que determina o comportamento ou o pensamento do alienado é o instinto: "(...) se a inteligência pode ser pervertida ou abolida; se o mesmo acontece à sensibilidade moral, por que a vontade, este complemento do ser intelectual e moral, não seria pervertida ou aniquilada?" [459]. Força oculta e todo-poderosa, este "instinto cego" e "indefinível" [460], que conduz ao assassinato, impele o indivíduo a realizar atos contra o acordo de sua inteligência, de seu sentimento e de sua vontade. Impulso irresistível, instintivo, súbito, instantâneo e irrefletido, que é mais forte do que a vontade, impede que esta possa se exercer e priva assim o homem de sua liberdade moral [461]. Não havendo portanto nenhuma de-

[458] L.E.D. Equirol, "De la monomanie", *in op. cit.*, tomo II, p.
[459] J.E.D. Esquirol, "Mémoire sur la monomanie homicide", *in op. cit.*, tomo II, p. 792.
[460] *ibidem.*
[461] *ibidem*, p. 834.

sordem intelectual ou moral, o alienado é impulsionado em seus atos "por uma força irresistível, por um arrebatamento que não pode vencer, por um impulso cego, por uma determinação irrefletida, sem interesses, sem motivos" [462]. A loucura torna-se, finalmente, o outro da consciência.

Os brasileiros

Qual o conceito de loucura implicado nos primeiros textos brasileiros sobre alienação mental, que traduzem a influência da psiquiatria européia, sobretudo francesa?

Analisemos, primeiramente, através de alguns desses textos, as relações entre loucura e inteligência. Ao tematizar tais relações, a psiquiatria brasileira iniciante dá ao delírio o lugar de questão central? A análise mostra o relativo abandono da tese intelectualista — loucura como perturbação do entendimento — e a ênfase dada ao papel das paixões na doença mental, especialmente através do conceito de monomania.

O primeiro trabalho sobre o assunto, escrito em 1837 pelo dr. Silva Peixoto — que explicitamente diz seguir as orientações de Esquirol — define a alienação mental como "moléstia apirítica do cérebro, ordinariamente de longa duração, com perturbação contínua ou intermitente das faculdades intelectuais e afetivas, algumas vezes parcial, com ou sem lesão das sensações e

462 *ibidem*, p. 803-804.

dos movimentos voluntários, e sem desordens profundas e duráveis das funções orgânicas" [463].

Esta definição abrangente atribui ao cérebro a sede da doença e marca a visão intelectualista da moléstia que, afetando o cérebro, afeta basicamente a inteligência.

O autor descreve as espécies maiores de loucura — idiotia, mania, monomania e demência — classificando-as a partir de sua referência à esfera intelectual: "Definimos *mania* delírio geral com agitação, irascibilidade e furor; *monomania,* delírio parcial, com abatimento, morosidade e inclinação à desesperação (...); *demência,* obliteração acidental das faculdades intelectuais (...); *idiotismo,* obliteração ou debilidade congenital da inteligência" [464].

É, pois, a relação com a inteligência — ausente, perdida ou enfraquecida na idiotia e na demência; extraordinariamente ativa, de maneira difusa ou concentrada, na mania e na monomania — que garante o bem fundado das distinções, não permitindo que as diferentes espécies de loucura se convertam umas nas outras.

Coerente com sua classificação das moléstias mentais, Peixoto descreve três quadros sintomatológicos: no primeiro, há apenas perturbação das faculdades intelectuais; no segundo, a ela se acrescentam perturbações da sensibilidade; no terceiro, aparecem ainda perturbações nos movimentos. As falsas percepções provocadas e transmitidas pelos órgãos dos sentidos, lesionados (ilusão) ou não (alucinação), e a alteração dos movimentos voluntários são entendidas como complica-

463 A.L. Silva Peixoto, *Considerações gerais sobre a alenia-ção mental,* tese à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. 1837, p. 1.
464 *ibidem*. p. 2.

ções do distúrbio das faculdades intelectivas. Não pode haver loucura que não atinja a inteligência.

Os desarranjos intelectuais estão presentes, como sintoma, na forma de delírio geral ou parcial. Ao privilegiar o delírio como núcleo diferencial da loucura por oposição a outras moléstias, o autor fala de uma característica que, ao mesmo tempo, abrange e distingue mania e monomania. De fato, a obliteração completa da inteligência e, conseqüentemente, das determinações da verdade, o embotamento ou entorpecimento de todas as faculdades acabam por aproximar idiotismo e demência, como o aquém e o além da razão. Estes pólos tão definidos, na declarada relação com um substrato físico alterado e pela evidência mesma de sua relação carente com a atividade do entendimento, escapam ao círculo propriamente dito da loucura como doença mental. A questão do delírio emerge, então, do núcleo problemático constituído pela mania e pela monomania, ambas apresentando desmesurada ativação da inteligência.

Toma o delírio uma espantosa diversidade de formas: "como notar as modificações fugitivas e multiplicadas de um delírio geral? Como aprofundar as infinitas sutilezas de um delírio parcial? (...) O delírio geral é mais comum quando há desordem nas faculdades intelectuais propriamente ditas: o parcial é o mais das vezes relativo aos afetos, e nestes casos a inteligência é intacta debaixo de muitas relações" [465]. Entendido como perturbação, o delírio manifesta a ativação e não a destruição da inteligência: é a atividade desta que se encontra desregulada. O delírio é um desequilíbrio, um desregramento das operações de nosso espírito.

[465] *ibidem*, p. 10.

Se a loucura não é eliminação ou inexistência de razão, se a faculdade continua existindo e pode mesmo, como na monomania, permanecer intacta, isto é, não lesionada em grande parte de suas funções, o delírio — erro do entendimento — não é a essência ou a verdade da loucura como contrafação que se oporia ao discurso razoável. A presença da atividade intelectual aponta para a possibilidade de cura: a doença é distúrbio e o distúrbio pode ser corrigido através de uma intervenção sobre o curso desviante das idéias e dos sentimentos.

Os distúrbios intelectuais são distúrbios do cérebro, órgão da inteligência. Direta ou indiretamente — idiopática ou simpaticamente — o cérebro é necessariamente atingido. Ao discutir a sede da loucura, Peixoto concorda com Foville para quem o cérebro, mais precisamente, a substância cinzenta superficial do órgão é afetada, por ser ela que preside as funções da inteligência. Reconhece, porém, que esta afecção nem sempre se dá: aberto, o cérebro do louco permanece mudo, ou melhor, fala contraditoriamente. A dificuldade reside, portanto, na impossibilidade de garantir a relação entre o funcionamento aberrante das faculdades intelectuais com a lesão física da organização cerebral.

De qualquer modo, a inteligência delirante da loucura deve ser objeto de intervenção, de uma ação tanto moral quanto física. Através da relativa incorporeidade da alienação mental, o autor, como fizeram seus mestres estrangeiros e como farão seus colegas brasileiros, privilegia as causas e o tratamento morais. Encontra, desse modo, o campo próprio de ação da medicina mental, medicina prevalentemente moral que deve — para continuar médica — referir-se ao substrato físico sobre o qual, direta ou indiretamente, mas sempre de modo obscuro, diz pretender operar.

Neste sentido, dez anos mais tarde, Figueiredo irá acentuar a novidade que representa a medicina da alie-

nação mental: "Não há enfermidade alguma que tanta relação tenha com a filosofia moral e a história do entendimento, como a de que nos ocupamos, e menos ainda alguma sobre quem pesem tantos prejuízos e erros, no entanto que ela só tem sido considerada como uma lesão orgânica do cérebro, desprezando-se assim todas as considerações filosóficas e morais que lhe dizem respeito" [466].

Na primeira tese da psiquiatria brasileira, não é tematizada diretamente a distinção entre entendimento e afeto para a conceituação e classificação dos diferentes tipos de doença mental. Uma separação nítida entre inteligência e afetividade se encontra na tese de Geraldo Leão, conduzindo a atribuir à inteligência um papel menos relevante na alienação mental.

O conceito geral de desarranjo, desordem ou perturbação supõe um estado originário de equilíbrio não definido e a linha harmoniosa de um horizonte de normalidade que só se torna plenamente visível através da marcha irregular da razão e do sentimento: "E da mesma maneira que é impossível ter-se um completo e profícuo conhecimento de qualquer maquinismo de humana invenção, sem que o estudemos na sua marcha tanto regular e ordinária, como irregular e extraordinária, assim o estudo da inteligência e faculdades afetivas do homem não poderá ser completo se não o considerarmos tanto no estado são e ordinário, como nos diferentes graus de aberração que constituem as numerosas variedades da alienação mental" [467].

A loucura é objeto privilegiado para uma completa ciência do homem: ela permite prescrever limites

[466] A.J.I.C. Figueiredo, *Breve estudo sobre algumas generalidades a respeito da alienação mental,* tese à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1847, p. 2.
[467] G.F. de Leão, *As analogias entre o homem são e o alienado e em particular sobre a monomania,* tese à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1842, p. 8.

de normalidade. O funcionamento articulado das faculdades intelectuais e das faculdades afetivas constituem o homem em sua existência propriamente humana, a um tempo intelectual e moral. A conduta normal é o bom ajuste entre razão e vontade. Na loucura, os desvarios do afeto são mais do que simples acréscimo ou complicação das perversões do intelecto. A loucura é cisão e conflito entre aquelas duas ordens de faculdades, atinge o homem como sujeito de razão e de vontade. Trata-se, então, de interrogar não o tipo de delírio mas o tipo de conduta em que se retrata o conflito entre afetividade e entendimento. Este duplo princípio constitutivo do homem permite pensar a relativa autonomia de uma esfera em relação à outra, que a conduta anormal do alienado revela. Surge daí a possibilidade de um tipo de loucura que não atinja a inteligência ou em que o fundamental seja a perturbação das faculdades afetivas.

O exercício das faculdades intelectuais e afetivas "apresenta em cada indivíduo graus infinitos de força ou de fraqueza, de harmonia ou desarmonia, que até certo ponto permanecem no estado normal e ordinário da existência intelectual e moral, ou constituem as diversas variedades da alienação mental, sem que nos seja fácil em muitos casos determinar onde acaba o normal e o sadio para começar o anormal e doentio" [468].

O moral e o mental constituem o lugar privilegiado da distinção entre normal e patológico, apesar da dificuldade de se operar com critério: se os extremos são bem definidos, constituídos pela evidência de excessos e carências da razão e da vontade, as posições intermediárias obscurecem, com misturas extravagantes, o olhar observador do médico mais atento.

A distinção e as relações entre entendimento e afeto tornam-se, assim, necessárias para constituir uma

[468] *ibidem,* p. 8.

classificação das doenças mentais: "A aberração das faculdades intelectuais e afetivas do homem pode ser tal que ele se apresente ou em um estado de privação completa de idéias e sensações, ou em um exaltamento de algumas ou quase todas as suas faculdades, e mesmo no exercício regular e perfeito das intelectuais com perturbações somente das afetivas, ou reciprocamente aberrações bem manifestas das intelectuais com pouca ou desproporcionada alteração das afetivas (...)" [469].

O autor privilegia o aspecto da afetividade de duas maneiras. Por um lado, ao afirmar que no estado patológico de alienação é muito difícil encontrar a perturbação da inteligência sem distúrbios da afetividade. Por outro lado, no estado fisiológico, normal, é "quase impossível que a perturbação das afetivas, ou por outra as paixões, turvem completamente a razão, mas elas de tal sorte a pervertem, que esta torna-se muitas vezes simples instrumento da justificação e obtenção do objeto daquelas (...)" [470].

É significativa a idéia do uso puramente instrumental da razão como justificativa da conduta — mesmo normal — orientada pelas paixões. Tal noção permite estabelecer analogias entre o homem sadio e o alienado. Ela esclarece, por exemplo, o significado que o autor atribui ao primeiro grau de mania, correspondente à mania raciocinante de Pinel ou monomania afetiva de Esquirol: "Nesta espécie de alienação mental podem-se admitir três graus, um primeiro a que Pinel denomina mania raciocinante, na qual o indivíduo raciocina bem, conversa e escreve, mas por um contraste singular quebra e rasga a cama, a roupa e tudo o que encontra, procurando sempre uma razão plausível para justificar a sua conduta" [471].

469 *ibidem*, p. 8-9.
470 *ibidem*, p. 9.
471 *ibidem*, p. 11.

Confirma-se, assim, o desprestígio do problema da inteligência para caracterizar a loucura. A questão se desloca das idéias para a conduta: o alienado pensa bem mas age mal. Segundo o autor, há grandes raciocinadores incapazes de bem regular seu comportamento. o que representa um perigo político para os povos se se deixam levar, na condução de seus destinos, por esse tipo de indivíduos. Há também homens que, incapazes de bem combinar as idéias, são de irrepreensível honestidade e regularidade de conduta. Estes são preferíveis àqueles. Na comparação entre o homem comum e o alienado, o nível moral é o nível fundamental de consideração.

A distinção clara entre faculdades intelectuais e faculdades afetivas, e a relativa autonomia de umas em relação às outras, possibilita que se privilegie a afetividade, o nível da paixão ou da vontade que caracteriza o tipo de loucura denominado monomania: "Esta influência recíproca de uma ordem de faculdades sobre a outra pode ser tão fraca que a razão ditando certa linha de conduta, o homem não tenha uma vontade assaz enérgica para cumprí-la, ou pelo contrário pode a vontade impelir-nos a cometer um ato injusto altamente reprovado pela razão, a qual tendo até certo ponto poderio bastante para conter o homem, pode logo depois cessar de o ter para deixá-lo praticar automaticamente atos atrozes, que por sua mesma natureza vêm a caracterizar várias espécies de alienação mental (...) denominadas monomanias" [472].

É no conceito de monomania que as teses brasileiras, repetindo Esquirol, vão encontrar na loucura a prevalência da paixão sobre a razão. Como conseqüência, a questão do delírio perde importância. Assim, por exemplo, ao discutir o fenômeno da alucinação, Leão

472 *ibidem*, p. 9.

admite casos em que este fenômeno não vem acompanhado de maiores distúrbios da inteligência e da conduta. Por si só, e sem relação com atos desregrados, as percepções falsas, delirantes, não indicam loucura se o homem, embora considerando-as verdadeiras, não as leva em consideração: "ele as considera como uma ordem de percepções insólitas, que ele despreza, e que nada influem sobre sua conduta uma vez que não versem sobre objetos essencialmente motores de alguma ação" [473].

Por sua vez, Carneiro da Rocha, admitindo a definição de monomania como delírio parcial, afirma que o que a distingue é não só "a pouca extensão do delírio, mas ainda a lucidez, a clareza das idéias, é o exercício em aparência normal das funções intelectuais" [474]. Elemento da definição de monomania — que a distingue de outras formas de loucura — o delírio é um sintoma com a estranha propriedade de não se manifestar. Observando o monomaníaco, muitas vezes "não denotamos cousa alguma que nos mostre a lesão parcial de sua inteligência" [475]. Mistura do patológico e do normal, a monomania é a loucura propriamente dita, porque nela se descarta definitivamente o problema da inteligência como núcleo da alienação mental: "A monomania enfim é o verdadeiro tipo de loucura, é neste estado que a moléstia se afasta de todos os estados patológicos conhecidos: a monomania é a reunião bizarra do delírio e da razão" [476].

Por fim, vamos encontrar em Albuquerque a definição clássica de monomania e a ênfase no aspecto afetivo. Para o autor, a monomania é delírio parcial,

473 *ibidem*, p. 14.
474 Carneiro da Rocha, *Do tratamento das moléstias mentais*, tese à Faculdade de Medicina da Bahia, 1858, p. 9
475 *ibidem*.
476 *ibidem*.

com predomínio de uma idéia fixa, de um sentimento ou de uma paixão; a atividade da inteligência é normal em todos os outros pontos que não sejam objeto de delírio; há aguçamento da razão enquanto coerência lógica, embora a serviço de proposições falsas. Esse tipo de alienação não reside necessariamente na perversão da inteligência: pode ou não transmitir-se a ela. "A perversão das inclinações, das afeições e sentimentos do monomaníaco acaba finalmente por arrastar a desordem da inteligência, mas ela pode existir sem uma perturbação desta última faculdade" [477]. Desaparecida a desordem sensível da inteligência, desaparecido o delírio ou diminuída sua importância, inverte-se a relação causal: a perversão da afetividade constitui-se em fator determinante de loucura.

Albuquerque admite duas grandes categorias de doença: a monomania raciocinante e a instintiva. Na primeira, a inteligência delirante fornece motivo ao ato de vontade, na segunda a inteligência reprova o ato imotivado da vontade. Nesta última, não há delírio nem motivo, mas puro ato de vontade sem submissão a nenhuma regra, justa ou ilusória, de razão. O uso dessa distinção é um argumento para liberar a loucura moral de qualquer dependência com relação à razão. Assim "na monomania homicida instintiva os doentes matam sem motivos, sem paixão, por uma tendência inexplicável, invencível; enquanto que na raciocinante eles cometem o assassinato com premeditação, sentem todo o horror que lhes inspira a idéia delirante; há uma verdadeira luta em seu espírito, mas a sua vontade é vencida, e são finalmente levados a executá-lo" [478].

Campo de batalha entre faculdades independentes, vitória perversa de uma sobre a outra, o monomaníaco

477 F.J.F. Albuquerque, *Dissertação sobre a monomania*, tese à Faculdade de Medicina da Bahia, 1858, p. 1.
478 *ibidem*, p. 13.

— e, em especial o monomaníaco instintivo — é a questão mais intrigante para a psiquiatria nascente. Neste sentido, é em Albuquerque que aparece, com maior nitidez, o deslocamento da questão da loucura para o nível da percepção diferencial entre a conduta normal e a patológica, percepção de que o senso comum é incapaz. Os monomaníacos "passam anos e muitas vezes morrem, sem que se tenha ao menos suspeitado a existência de um tal desarranjo; ou passam geralmente por homens irritáveis e sensíveis em excesso, originais e singulares" [479].

Questão grave de conseqüências, que diz respeito à detecção de um perigo: a presença do louco, aparentemente normal, misturado à população.

Para o autor, a monomania é "a forma da loucura que mais dificuldades oferece para ser diagnosticada: porquanto o médico não poderá demarcar precisamente os limites que separam esse estado do de razão" [480]. Não se opondo à razão, a monomania — loucura propriamente dita — deve ser pensada como perturbação que se opõe à norma e esta, por sua vez, é definida em referência ao nível moral e social. "O espírito dos homens é tão facilmente impressionado por uma multidão de circunstâncias que é impossível estabelecer uma norma, além da qual as faculdades deixariam de estar em sua integridade" [481].

Perdida a evidência do discurso desarrazoado, perde-se o critério da norma de racionalidade. A norma não está dada para sempre e por antecedência, não está mais claramente presente para medir a distância insuperável que separa razão e loucura. Ela deverá ser constituída minuciosamente por uma interrogação que amplia de maneira considerável o campo de observação médica ao se dirigir ao homem moral e à sociabilidade. O conceito de monomania serve aos objetivos de regulação moral do comportamento a que se propõe a medicina mental.

"Onde está pois o limite que separa a razão da loucura? Com que sinais pode o médico reconhecer e provar o desarranjo intelectual de maneira a não ser o ludíbrio daqueles que pretendem atenuar ou iludir a justiça sob pretexto de loucura; e destarte poder asseverar à autoridade, à sociedade, à família, que estão suspensas em sua decisão, que um tal desarranjo existe ou não?" [482].

A legibilidade imediata da loucura desaparece, os sinais podem ser enganadores. Cabe ao saber médico, a serviço da autoridade social, distinguir o normal e o patológico, como também a verdade da loucura e seu simulacro, o louco e o simulador. Isto só será possível ao nível das condutas longamente observadas, pois é nelas que se revelam a continuidade e a mistura do razoável e do passional.

Essa tarefa de conhecimento se coloca de imediato ao nível das paixões: "o que importa conhecer com exatidão são os caracteres distintivos da paixão, a que o homem pode ser sujeito, e os da loucura; mas, é mister confessá-lo, não se poderá indicar o ponto preciso que separa a luz das trevas, a paixão da monomania (...)" [483].

Opera-se, desse modo, a disjunção entre paixão regrada e desregramento das paixões. Disjunção teórica difícil de se estabelecer na prática. Prática que coloca, em princípio, todos os indivíduos e todos os seus atos sob suspeita de anormalidade. O diagnóstico se constitui ao percorrer uma história: "Se compararmos as diferenças que existem em a natureza dos seus gos-

479 *ibidem*, p. 1.
480 *ibidem*, p. 23.
481 *ibidem*.

482 *ibidem*.
483 *ibidem*.

tos atuais, seus costumes, suas comidas, seu trabalho, seu sono, suas vigílias, seus divertimentos, seus apetites, seu caráter, seus discursos, suas ações e inclinações, e muito principalmente o seu moral em relação ao passado, acharemos a principal base sobre a qual se deve estabelecer o nosso diagnóstico" [484]. Medicaliza-se não apenas o ato mas a totalidade de uma vida.

Morão

A novidade do conceito de loucura, que a primeira medicina mental brasileira aceita e difunde, fica melhor compreendida se a compararmos com uma concepção mais antiga da doença, tal como a encontramos em uma das obras iniciais da medicina no Brasil, manuscrita em português no século XVII e que inclui a loucura entre os males e acidentes repentinos. Obra essencialmente médica, que visa a orientar médicos e empíricos, não se preocupa em levantar a questão filosófica e moral das relações entre alma e corpo.

Qual a diferença entre as primeiras teses dos alienistas do século XIX e o texto do autor seiscentista Morão, conhecedor erudito dos estudos tradicionais sobre a loucura de Hipócrates, Galeno, Rivério, Célio Aureliano, Daniel Senerto, entre outros? Para Morão, a loucura é delírio, não há loucura sem delírio. Seguindo Senerto, para nosso autor o delírio é "uma ação depravada da fantasia, nascida dos espíritos animais, imundos, que da intemperança do cérebro se levantam" [485]. Ou, como quer Galeno, é "o delírio um movimento depravado dos sentidos internos cognoscitivos, que podem errar nas suas ações nascidas da destemperança quente e seca do cérebro que os humores lhe causam" [486].

A loucura, portanto, diz respeito à esfera do conhecimento, ao homem enquanto sujeito de razão. Ela é uma destemperança do cérebro, uma doença física do órgão da inteligência: como tal, inscreve-se sem problemas na continuidade de um saber propriamente médico sobre as doenças em geral. Essa inscrição é possibilitada pela teoria dos humores, doutrina médica que dá coerência à reflexão sobre a sede da enfermidade, suas causas, suas espécies e sua terapia.

No delírio, o cérebro encontra-se atingido, direta ou indiretamente, pela corrupção de vapores no interior do corpo. O cérebro pode ser atingido "por propriedade da cabeça somente" ou "por consentimento de outras partes". No primeiro caso, "os humores ou os vapores não são comunicados de outras aprtes do corpo à cabeça, senão gerados nela"[487]. No segundo, "tais humores ou vapores se levantam das veias, ou do estômago, da madre, ou do fígado, do baço ou de outra qualquer parte do nosso corpo à cabeça, e nela fazem a ofensa referida, e após ela os delírios (. . .)" [488].

Ao discutir a sede orgânica da doença mental, a psiquiatria do século XIX afirma também que o cérebro do louco deve estar necessariamente alterado. O significado dessa afirmação, porém, modifica-se quando incluído em um novo campo de articulação de teoria

484 *ibidem*, p. 25.

485 S.P. Morão, *Queixas repetidas em ecos dos arrecifes de Pernambuco contra os abusos médicos que nas suas capitanias se observam tanto em dano das vidas de seus habitantes, circa* 1677 p. 169.
486 *ibidem.*
487 *ibidem*, p. 169.
488 *ibidem.*

e prática médicas sobre a loucura. Abandonada a teoria dos humores, a questão da sede da loucura torna-se intrigante, desconhece-se a natureza da alteração da estrutura cerebral, a decifração científica do problema vai depender de futuros progressos da anatomia patológica, no dizer de Peixoto. Mas o que importa assinalar é que esta não será, para a medicina mental, uma questão relevante com relação às verdadeiras causas e ao fundamento moral da cura.

Para Morão, é o delírio que manifesta a corrupção de vapores emanados de diferentes partes do corpo, corrupção que acaba por induzir a erros do entendimento, cuja causa — a teoria o prescreve — só pode ser física: "os humores, ou fumaças, que sobem à cabeça a destemperam de tal maneira que, destemperado o cérebro, se levantam dele fumaças aos sentidos internos tão nocivas que havendo de mandar boas espécies ao entendimento lhes mandam viciadas e depravadas, e como o entendimento se informa destas não as podendo ele emendar, como o faz na vertigem, consente no tal erro, e então se forma o delírio, que é ação depravada do entendimento e dos mais sentidos" [489].

Nesse quadro explicativo, a questão da conduta moral não encontra espaço para formular-se, não há lugar para uma etiologia moral e social do delírio, em que proliferassem indefinidamente as causas da loucura. Morão se atém a uma possível explicação médica. A variedade das manifestações delirantes não o surpreende porque ele sabe como remetê-las à variedade dos humores que dão conta do funcionamento do organismo humano: "As causas do delírio, e de todas as espécies dele, não são mais que vapores, fumaças, ou humores que de várias partes do corpo sobem à cabeça, como já dissemos, variando os delírios conforme os humores que lá sobem, porque se for sangue na maior parte faz os delírios risonhos, pronunciando os enfermos coisas ridículas, e engraçadas; e se for cólera o humor que sobe faz os delírios iracundos, terríveis e agastados, e se for fleima o humor que sobe faz os delírios calados, suspensos, e os doentes sonolentos; e finalmente se for o humor que sobre melancolia, faz os delírios medonhos, tristes e solitários" [490].

O delírio, presente em todas as formas de loucura, é a característica genérica da moléstia. Dentro desta categoria, as diferenças específicas permitem traçar o quadro nosográfico que reduz a três os tipos de loucura: a mania, a melancolia e o frenesi.

Na mania e na melancolia não há febre: na primeira o doente apresenta-se enfurecido, na segunda ele é triste e temeroso. No frenesi, o delírio é perpétuo, há febre e inflamação do célebro: "É logo a mania um delírio sem febre com audácia e temeridade, e de tal maneira, que é necessário muitas vezes amarrar aos doentes e prendê-los, tirando-lhes do aposento, em que assistem todos os instrumentos de ferro, com que possam ofender-se *a si e a outrem;* é delírio sem febre para conhecermos a diferença que vai da mania ao frenesi, porque neste é o delírio com febre, e na mania sem ela. É com audácia e temeridade, porque talvez arremetem os doentes a quem lhes assiste, e por isso é necessário que os enfermeiros andem acautelados com eles; diferença-se também a mania da melancolia hipocondríaca, porque nesta é o delírio também sem febre, mas com temor e tristeza, e na mania é com audácia e temeridade fazendo ações mui desordenadas e descompostas e nelas conhecemos a diferença que vai de um acidente a outro: porque no frenesi há febre e na mania, não; na melancolia há temor e tristeza

[489] *ibidem,* p. 168-169.

[490] *ibidem,* p. 170.

e na mania audácia e temeridade, e desta sorte se diferençam uns acidentes dos outros" [491]. .

A classificação das espécies de loucura, baseada em sinais ou sintomas que se acrescentam ao gênero delírio, tem a sustentá-la a combinação e a predominância de uns humores sobre outros, como princípio médico explicativo.

Assim, a mania, nas regiões quentes do Brasil: "E como a variedade dos climas faz também variar os humores que neles predominam, daqui nasce serem os humores coléricos adustos, e o sangue torrado, os dois principais, que neste nosso clima de Pernambuco reinam, fazendo estes tais humores muitas e várias doenças, principalmente a da mania, que é um acidente repentino (...)" [492].

Domínio da cólera e do sangue, a mania é um acidente rebelde por muitas causas, a primeira "por ser nascido do mais cruel humor que no corpo humano há, que é a cólera adusta, ou atrabílis, que de sua natureza é humor rebelde e arriscado (...)". Se predomina o sangue, o maníaco, presa de delírios com risos e ridicularias, será mais fácil de curar do que o maníaco furioso, em que domina a cólera. A variedade das espécies de loucura e a variedade dos tipos de delírios ganham coerência ao se referirem à mesma doutrina médica que os explica.

Por fim, o tratamento da loucura deve ser, em conseqüência, físico. Trata-se de livrar o cérebro dos maus vapores que ameaçam a marcha natural do entendimento, isto é, de fazer cessar o delírio, com maior ou menor sucesso segundo o humor predominante, mas sem maiores distinções quanto a suas espécies. "Enquanto às indicações curativas desta enfermidade do delírio em geral se reduzem a três: a primeira em se evacuarem os humores, e revelirem os vapores que sobem à cabeça, chamando-os para as partes inferiores. A segunda é rebater ou desviar da cabeça, como de parte tão principal, as fumaças ou vapores que dos mesmos humores sobem para elas causando delírio; a terceira é confortar a cabeça e o cérebro para que outra vez não receba facilmente os tais humores, ou vapores, que das outras partes do corpo lhe mandarem, e satisfazendo-nos a estas três indicações curativas, creio se conseguirá, mediante Deus, a melhoria que desejamos" [493].

O uso de sangrias, purgas, banhos, defensivos, etc. aparecerá, ainda no século XIX, como o essencial do tratamento físico da loucura, baseado nos autores tradicionais. Mas é este tratamento físico que perde seu caráter essencial: subordina-se a prescrição de recursos classicamente terapêuticos a um tratamento que, minimizando o problema da loucura como delírio — depravação de entendimento — procura uma nova verdade na conduta moral e social do indivíduo. Nessa subordinação, o tratamento físico é atravessado por uma preocupação corretiva da conduta: ele torna-se um tratamento moral indireto.

Se Morão, no texto examinado, não se pronuncia sobre a questão das relações entre o espírito e o corpo na loucura — incumbência de filósofos e moralistas — e fala enquanto médico de seu tempo, os médicos alienistas do século XIX encontram, na reflexão sobre a doença mental, o lugar próprio de um discurso abrangente sobre o homem e pretendem, enquanto cientistas, constituir uma síntese de aspectos orgânicos, intelectuais, morais e sociais que a loucura parece prometer-lhes.

491 *ibidem*, p. 161.
492 *ibidem*. p. 160.
493 *ibidem*, p. 171.

Os primeiros alienistas brasileiros acabam por descrever a manomania sem delírio, embora continuem utilizando a noção de desarranjo intelectual, sem maior coerência interna, para definir globalmente as diversas manifestações desse gênero de alienação. O conceito de monomania — doença que é percebida basicamente como perturbação ao nível das paixões e da vontade — cumpre seu papel teórico no programa de intervenção médica. Tal conceito é o mais claro índice, no interior do saber médico, desse projeto de intervenção. Ele legitima a intromissão de um olhar especializado e exclusivo na continuidade de uma história individual. Para medir o que é ou não razoável em uma conduta, é preciso compará-la consigo mesma e com outros comportamentos comumente aceitos em dada sociedade e em dado momento de sua evolução histórica. Esse critério comparativo — ao mesmo tempo possibilidade de estabelecer a norma a partir da observação do desvio e promovê-la autoritariamente na prática — permite articular história individual e história da sociedade, entendida como evolução progressiva da barbárie à civilização. Articulação que se dá através da categoria de paixão: todo indivíduo se constitui como sujeito de paixões em sua vida de relação social e é esta vida em sociedade que lhe assegura o exercício regulado de sua atividade apaixonada. Transpostos os limites problemáticos desse exercício, o indivíduo encontra-se doente porque rompe a rede de relações em que está inserido, desequilibra e subverte, por seus excessos, os efeitos reguladores da sociedade.

O primeiro problema que surge é, pois, o do diagnóstico, o do difícil reconhecimento da alienação mental em meio à gama de comportamentos que a sociedade, e mais propriamente a sociedade civilizada, possibilita. A medicina mental, ela própria produto do desenvolvimento civilizatório, instaura a normalidade da conduta como critério de comparação entre individualidades, análise diferencial do caráter, hábitos, inclinações do indivíduo em seu meio familiar, em seu círculo de amizades, em sua vida profissional, em suas tendências políticas e convicções religiosas, etc.

Um segundo problema aparece, no prolongamento do primeiro: detectado o sintoma é preciso remetê-lo a suas causas. O nível sintomatológico só se esclarece pela referência a uma etiologia, e esta será a etiologia social da doença moral que é a loucura. Ao se colocar diante de uma conduta que inverte os efeitos da regulação social das paixões, a medicina mental é obrigada a se interrogar sobre as causas sociais desses desregramentos. Do excesso de paixão como desordem — sintoma que remete à totalidade da inserção do indivíduo na ordem social — passa-se à questão da própria ordem que, em seus múltiplos e complexos fatores, pode ocasionar tal excesso. Reconhecimento do excesso e conhecimento da norma que coíbe o excesso são duas tarefas a que se propõe a medicina no registro de seu saber, dois aspectos de uma reflexão sobre o indivíduo moral e a moralidade social. Reflexão que se conclui com um discurso abrangente — histórico, político e filosófico — sobre o significado da obra civilizatória empreendida pelas modernas sociedades.

O reconhecimento da loucura, a possibilidade de dizer "este é um louco", aparece ligado em grande parte a uma mudança de hábitos e de idéias, à existência de uma diferença, ao rompimento de relações sociais: "numa casa de loucos, os laços sociais estão partidos; os hábitos mudam, as amizades secam, a confiança se destrói: (...) cada um tem suas idéias, suas afeições, sua linguagem, não tendo nenhuma comunidade de pen-

samento, cada um vive só e para si; o egoísmo isola tudo" [494]. Segundo Albuquerque, o reconhecimento da loucura "depende da época em que vivemos, do caráter e grau de instrução das pessoas que nos rodeiam: a nossa razão é a medida da loucura alheia" [495]. Doença e hábito alterado passam portanto a recobrir-se: a conduta regular — na medida em que é capaz de se relacionar, ao nível do afeto e do trabalho, com outras condutas regulares — é inscrita na saúde e a doença passa a ser detectada na considerada irregular.

É a civilização que permite estabelecer esta verdadeira separação: a ciência é atributo deste estágio da humanidade. O louco é figura verdadeira do mundo civilizado. "Foi sobre a fogueira inquisitorial que expiraram milhares de alienados (...). Passaram-se os séculos da barbaridade e despontou o século das luzes e civilização, trazendo à sua frente o homem filantrópico, o sábio e profundo Pinel. Foi ele quem minorou os males desses desgraçados, quem quebrou os ferros que arrochavam seus pulsos: foi ele quem abriu as portas das prisões e restituiu-lhes a liberdade" [496]. O verdadeiro sentido desta celebração da liberdade está mais explícito em Esquirol: "Pinel mudou a sorte dos alienados. As cadeias se quebraram; os loucos passaram a ser cuidados com mais humanidade; a esperança ganhou os corações, uma terapêutica mais racional passou a dirigir o tratamento" [497]. Agora, o louco encontrou o espaço de sua verdade, o saber que o observa em sua verdade. Libertar o louco significa reconhecê-lo pelo que realmente é: um doente, não um possuído.

494 J.E.D. Esquirol, "De la folie", *in op. cit.*, tomo I, p. 4.
495 F.J.F. Albuquerque, *op. cit.* p. 23.
496 Vieira da Silva *Tratamento das moléstias mentais* tese à Faculdade de Medicina da Bahia, 1858, p. 2.
497 J.E.D. Esquirol, "De la folie", *in op. cit.*, tomo I, p. 118.

Em resumo, o reconhecimento da doença mental envolve duplamente a civilização: por um lado, esta concede a regularidade que permite medir o louco; por outro, possui o saber que permite devolver o louco à sua verdade.

Pode a sociedade civilizada ser causa da produção da loucura? Tal relação causal está desenvolvida, nas primeiras teses brasileiras sobre doença mental, da mesma maneira que o faz Esquirol: não é a civilização em si que é nefasta à saúde mental do homem, mas são as *paixões factícies*, criadas por desejos gerados pelos progressos da sociedade e da razão que, permitindo toda a sorte de excessos, são a causa mais freqüente da alienação mental. As paixões artificiais, criadas por necessidades que não estão ligadas à conservação e reprodução da vida, servem para inscrever, na individualidade moral, a ordem civilizada.

Sem dúvida, o fruto privilegiado do perigo contido na civilização é o louco: a sociedade que produz o homem desenvolvido produz mais homens loucos. Os excessos da civilização — excessos que diferenciam para sempre o homem do animal — são os principais responsáveis, juntamente com as influências morais e intelectuais, pela produção da loucura. Existe uma relação direta entre os costumes de uma sociedade e o número de casos de loucura que ela apresenta, pois, de todas as moléstias, a alienação mental é aquela cuja dependência aos costumes públicos e privados é a mais manifesta [498].

A articulação causal entre civilização e loucura, desenvolvida nas teses brasileiras, segue colada à de Esquirol: "não há na vida circunstâncias que não pos-

498 Cf. *ibidem*, p. 49.

sam tornar-se causa de alienação mental" [499]. Na vida civilizada, vida de mudanças rápidas que exacerbam as paixões, são muitas estas circunstâncias. Nossos autores repetem Esquirol na enumeração destas:

— nos divertimentos (teatro, música, leituras, etc.) a imaginação exaltada, o desejo de fazer a realidade corresponder ao imaginado, a dificuldade de fazê-lo causam a loucura.

— nas profissões, umas expõem o homem a mudanças bruscas, excitam a ambição, tornam o homem dependente das vicissitudes sociais. Assim é que "longe de poupar o palácio dos reis, a alienação mental é aí mais freqüente (...). Os cortesãos, os homens eminentes da sociedade, os ricos estão mais sujeitos a esta doença que o pobre. Os militares, joguetes dos caprichos da fortuna, os negociantes, sobretudo os que fazem especulações duvidosas; os empregados, cuja existência depende da vontade de seus chefes, correm o mesmo perigo" [500]. Outras profissões expõem o homem a causas físicas de loucura, como vapores de carvão, sol, etc. Também as profissões intelectuais podem causar loucura, mas não pelo cultivo das ciências e das artes e sim pelo abuso, pelos desvios do regime. A constante reflexão sobre um único tema, a necessidade de maiores estímulos para excitar os sentidos — que conduz a excessos — predispõe o intelectual à loucura.

— circunstâncias favoráveis à loucura podem ser determinadas pela vida política: "nos países que gemem sob o jugo do despotismo, que sufoca as luzes e comprime as paixões, o número de alienados é menor; o governo republicano ou representativo, dando mais liberdade à expressão dos pensamentos, e pondo

[499] A.L. Silva Peixoto, *op. cit.*, p. 8.
[500] J.E.D. Esquirol, De la folie, *in op. cit.*, p. 44.

as paixões mais em jogo, deve ser mais favorável ao desenvolvimento da loucura" [501].

— nos costumes e educação: a civilização se caracteriza por uma crescente transformação que lhe determina o progresso. O preço desta vida constantemente em mudança é, na passagem para o novo, o abandono muito rápido, pelos homens, de suas antigas opiniões, de seus velhos usos e tradições por idéias especulativas e inovações perigosas. Abandonam a religião que não lhes fortalece mais a razão e caem em um frio egoísmo que lhes resseca os sentimentos e faz com que vivam só para si. Negligenciam as afeições domésticas, perdem o respeito à autoridade, provocando o conflito das gerações.

A depravação dos costumes é agravada pela educação viciosa que a sociedade proporciona: uma educação voltada exclusivamente para o espírito e que ignora a necessidade de educar o coração. Além disso, ela é deixada ao critério dos pais que, com sua ternura ridícula e funesta, submetem a razão da idade madura aos caprichos da infância. Dão também, geralmente, uma educação superior à que conviria à posição social dos filhos, preparando assim as crianças para virem a desprezar o saber dos pais e a desdenhar a censura da experiência. Vivendo segundo as suas tendências, sem uma disciplina que as regre, a criança ao crescer se tornará um homem fraco, sem resistência para as vicissitudes e reveses da vida: não sendo as paixões des-

[501] A.L. Silva Peixoto, *op. cit.*, p. 6. Cf. Esquirol, "De la folie", *in op. cit.*, p. 52: "(...) todos os viajantes afirmam que há menos (loucos) que em qualquer outro lugar (...) em países que gemem sob o despotismo, que sufoca as luzes e comprime as paixões. Por outro lado, o governo republicano ou representativo, pondo em jogo todas as paixões, deve ser o mais favorável à produção da loucura".

de cedo freadas pela educação, à menor adversidade explodem em loucura[502].

Para Esquirol, portanto, os costumes públicos ou privados que exaltam a imaginação e as paixões e uma educação que não as discipline pelo bom senso e pela moderação são causas que determinam o maior número de alienados nas sociedades civilizadas. A crítica à educação visa sobretudo à família: pais sem critérios para a escolha de uma educação conveniente, sem autoridade para controlar as tendências viciosas dos filhos; mães entregues a frivolidades, enfraquecendo com ternuras excessivas a moral dos filhos. As crianças devem ser, como os alienados, submetidas a uma disciplina que lhes equilibre as paixões e freie as tendências nocivas.

Esta "depravação dos espíritos e costumes, que se perpetua pelos vícios de nossa educação, pelo desdém pelas crenças religiosas e pela falta de moral pública, exerce sua influência sobre todas as classes da sociedade" [503]. A corrupção é, nas classes inferiores, mais geral, mais terrível, responsável por quase todos os males da sociedade: "ela dá nascimento a muitas loucuras ao mesmo tempo que produz mais crimes do que nas classes superiores (...)" [504].

Qual a concepção de civilização que se explicita através dessas relações causais encontradas entre loucura e sociedade? Não existe, nem em Esquirol, nem nos médicos brasileiros, nenhuma nostalgia de um estado selvagem onde o homem, vivendo a inocência de suas paixões primitivas, estaria ao abrigo dos males do progresso. Ao contrário, a civilização é a plenitude da humanidade, o coroamento de uma teleologia da razão.

502 J.E.D. Esquirol, "De La folie", *op. cit.*, p. 51.
503 *ibidem*, p. 52.
504 *ibidem*.

Se ela traz em si novos perigos, traz também as condições de sua solução porque torna possível uma organização racional da sociedade pelas luzes da ciência. "O brado blasfemo de Rousseau — a civilização é um mal! — Não podia achar eco no seio da humanidade, que tende para a civilização impelida por uma força irresistível" [505].

Para os médicos brasileiros a civilização — realizando o homem, afastando-o do caos, da desordem e do erro — é o objetivo da humanidade, a sua tendência, o seu destino. Ela representa a conquista de uma "trindade gloriosa — ciência, virtude, felicidade" [506] e se define como desenvolvimento intelectual e moral, de que são formas externas a religião, as leis, os costumes, o governo, as artes, a literatura, as ciências, etc. A civilização é vista nestas teses como o estágio mais avançado de uma história contínua.

Mas, se ela é fundamentalmente positiva, também, traz em si perigos: 'estas necessidades, estes luxos da civilização, nem sempre podem ser satisfeitos, e alguns só com grandes sacrifícios, que depois trazem grandes embaraços àqueles que os praticaram" [507]. Assim também falava Esquirol: "sem dúvida, a civilização ocasiona doenças, aumenta o número de doentes porque, multiplicando os meios de sentir, faz alguns indivíduos viver muito e muito rapidamente. Mas quanto mais a civilização se aperfeiçoa, mais a vida comum é doce, mais sua duração média é longa: não é a civilização que é necessário acusar, mas os desvios, os excessos de toda a espécie que ela torna mais fáceis" [508].

505 Cid Emiliano de Olinda Cardozo, *Influência da civilização sobre o desenvolvimento das afecções nervosas*, tese à Faculdade de Medicina da Bahia, 1857, p. 4.
506 *ibidem*, p. 2.
507 A.J.I. da Costa Figueiredo, *op. cit.*, p. 7.
508 J.E.D. Esquirol, De la folie, *in cit.*, tomo I, p. 49.

O homem — frágil unidade físico-moral — é afetado pelas múltiplas e intensas relações com o mundo exterior e com outros homens. Para que esta trama de interações contínuas não o prejudique, a própria civilização produz uma arma: a ciência que, esclarecendo a educação, os costumes, etc., dá condições para que desvios e excessos sejam prevenidos e corrigidos. A psiquiatria, ciência do homem, aparece como instrumento de aprimoramento da sociedade civilizada.

É a totalidade da vida social que está relacionada com o fenômeno da alienação mental como era conceituada neste momento fundador do discurso psiquiátrico. O que não significa dizer que a sociedade desenvolvida seja necessariamente causa de loucura, no sentido de sua existência mergulhar a totalidade dos indivíduos em um estado de alienação. O que seria um evidente contra-senso, mesmo para os psiquiatras, que habitualmente não temeram as contradições. Esta causalidade não é, como vimos, nem linear, nem imediata. O individual e o social são dois pólos limites de uma relação que implica um ponto de encontro, um termo médio que os articula na medida em que diz respeito a esses dois aspectos da realidade que só aparentemente se opõem. "O aumento da civilização também concorre para aumentar o número de loucos; não porque os costumes sejam mais depravados, como crêem alguns autores, mas sim porque a atividade da vida intelectual e os revezes da fortuna são tão freqüentes no meio dos movimentos rápidos de uma civilização avançada, quanto são raros nas sociedades novas ainda e pouco industriosas nas quais o homem, tendo satisfeito suas necessidades físicas, tranqüilo como qualquer outro animal, dorme no sono profundo da indiferença, até que novas necessidades se façam sentir"[509].

509 A. L. Silva Peixoto, *op. cit.*, p. 5.

A sociedade civilizada, desenvolvida, capitalista, não age de fora sobre um indivíduo considerado de modo inerte e imutável. Do mesmo modo que a civilização é o resultado de um processo, ápice de uma evolução instauradora de humanismo e racionalidade, também o homem tem uma trajetória, modifica seu comportamento como se fosse uma grande individualidade que se desenvolvesse no tempo seguindo o modelo de evolução da sociedade. Análise do sujeito que foi realizada em termos específicos de razão, necessidade, desejos e paixão.

O argumento aparece formulado por Silva Peixoto da seguinte maneira: "as primeiras necessidades do homem, limitando-se à sua conservação, não lhe despertam senão determinações do instinto; porém, mais tarde, a razão se desenvolve, aparecem os desejos, estes produzem paixões e, estas, necessidades que não têm relação alguma com a nossa conservação: são o fruto de nossa inteligência desenvolvida e da civilização (...)"[510]. O fenômeno da alienação mental torna-se possível a partir de um lugar específico, termo médio entre o desenvolvimento da inteligência e da sociedade, ponto de comutação, centro de transmissão entre o individual e o social e que, conjugando esses dois aspectos, constitui o homem como objeto da psiquiatria: este lugar de honra é ocupado pelas paixões.

É verdade que não se trata de uma formulação originária da psiquiatria brasileira. E como quase tudo em Silva Peixoto, ele foi buscar em Esuqirol essa teoria das paixões como condição de possibilidade da alienação mental[511]. Idéia, entretanto, que ainda é mais antiga e que dá ao texto de Esquirol o valor não de uma descoberta, mas o de um aprofundamento conceitual.

510 *ibidem*, p. 9.

511 Cf. J. E. D. Esquirol, "De La folie", *in opã* cit., todo I, p. 57.

A explicitação do nível das paixões como sendo o fundamental da investigação e da prática psiquiátrica aparece desde Pinel. Na introdução ao seu livro *Sur l'alienation mentale,* elogia Crighton por haver superado o ponto de vista dos moralistas e dos metafísicos, ao considerar as paixões humanas "como simples fenômenos da economia animal"[512], afirmando inclusive[513] que, se a análise das funções do entendimento humano foi aprofundada pelos ideólogos do século XVIII, há outra análise que é preciso realizar, que está apenas começando e para a qual o concurso da medicina é necessário: a das afeições morais, seus graus, nuanças e variadas combinações. É o aprofundamento do estudo do homem, superando ou completando o nível próprio da inteligência através da análise das faculdades afetivas que situa a novidade da medicina mental. A partir de Pinel as paixões invadem o domínio da ciência.

O momento inicial da teoria exposta por Silva Peixoto encontra-se justamente na argumentação de Crighton retomada por Pinel que se estabelece pela distinção entre desejos e aversões primitivos e novos desejos que nascem quando os primeiros encontram obstáculos ou não são satisfeitos. É esse segundo tipo de desejos — como o medo, o terror e a cólera — que recebe o nome de paixão. A importância desta formulação é mostrar como as paixões ou os afetos que formam o princípio de nossas ações têm origem "nas inclinações primitivas que derivam de nossa estrutura orgânica"[514].

Temos aí um aspecto do problema: a relação das paixões com o físico ou orgânico através de uma dimensão primitiva do homem, encarado enquanto animalidade biológica, que é aquilo que Esquirol já chamara de instinto. Significativo é que Pinel completa esse aspecto puramente individual da análise das paixões explicitando um nível de desejos factícios, produto da interação do indivíduo com a sociedade: "O autor inglês teria podido acrescentar que a vida social e uma imaginação ardente estendem quase sem limites a esfera das necessidades relativas à existência, que nelas fazem entrar a estima dos homens, as honras, as dignidades, as riquezas, a celebridade e são esses desejos factícios que, sempre irritado e tão raramente satisfeitos, dão freqüentemente lugar à inversão da razão (...)"[515].

É, finalmente, seguindo a mesma linha de raciocínio e retomando as formulações de Pinel, que Esquirol, no texto que está na base da argumentação de Silva Peixoto, distingue os níveis do instinto, das paixões primitivas e das paixões factícias, situando estas últimas como a principal causa de loucura: "As primeiras necessidades do homem, limitadas àquelas de sua conservação e de sua reprodução provocam as determinações do instinto; um impulso interno nos leva a satisfazê-las; necessidades secundárias ligam-se às primeiras e os desejos por elas excitados adquirem tanto mais força quanto são os meios que temos para satisfazê-los; eles produzem as *paixões primitivas;* finalmente, há necessidades que não têm nenhuma relação com nossa conservação; são frutos de nossa inteligência desenvolvida e da civilização; elas engendram as *paixões factícias;* são essas paixões que causam mais mal ao homem, sobretudo na classe elevada da sociedade"[516].

A marcha da argumentação e sua retomada por diversos autores nos fazem concluir que é por intermédio das paixões que se realiza a síntese entre o indivíduo e a sociedade. Quando a psiquiatria tematiza o indivíduo privilegia as faculdades afetivas sobre as intelectuais. Seja como causa, sintoma ou terapêutica, a loucura con-

512 Pinel, *Sur L'alienation mentale,* p. XXII.
513 Cf. *ibidem,* p. XXV.
514 *ibidem,* p. XXXIV-XL.
515 *ibidem,* p. XXV.
516 J.E.D. Esquirol, "De la folie", *in op. cit.,* tomo I, d. 57.

cerne fundamentalmente ao comportamento, hábitos, afetos, paixões. Mas ao mesmo tempo que afirma a posição central do núcleo das paixões, transcende o aspecto individual de seu domínio na medida em que são as paixões factícias, artificiais, sociais que, quando levadas ao excesso e incontroladas, tornam o homem doente mental.

É portanto por intermédio da temática das paixões e, particularmente, pela afirmação de um de seus tipos específicos — que é, ao mesmo tempo, a marca do ser social do homem e a possibilidade de sua alienação — que se homogeneiza na reflexão psiquiátrica a aparente dicotomia entre o individual e o social.

CAPÍTULO 2

AOS LOUCOS O HOSPÍCIO

Desde 1830, quando aparecem os primeiros protestos médicos contra a situação dos loucos no Hospital da Santa Casa da Misericórdia, propõe-se a criação de um hospício de alienados. A argumentação é clara: tal como está organizado, o hospital não cura, não possibilita o domínio da loucura. Pode segregar o louco, retirá-lo do convívio social quando se mostra perigoso — e neste sentido o louco está no hospital como em uma prisão — mas é incapaz de atingir sua loucura. No hospital, o louco não é considerado como doente, muito menos como doente específico; não recebe tratamento físico e moral condizente com a natureza de sua doença; não há repartição espacial dos doentes em espécies; não existe médico especialista, dedicado a esse tipo de doente,

nem enfermeiros competentes; as condições higiênicas são completamente inadequadas. No Hospital da Misericórdia, os loucos estão na situação oposta da que deveriam estar em uma instituição especialmente para eles destinada.

A luta dos médicos pela criação do hospício, instrumento terapêutico, não é entretanto isolada ou quixotesca. Articula-se com perfeição ao projeto de José Clemente Pereira, provedor no período 1838-1854 da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro. Ligação que se dá ao nível da coincidência de objetivos e da trajetória que culmina com a construção do Hospício de Pedro II.

Desde o início, a reivindicação médica de um "hospital para loucos" é direcionada: se em 1830 a Sociedade de Medicina apela para uma anônima "alma benfazeja", progressivamente as esperanças se concentram no provedor da Misericórdia, figura bem situada institucional e politicamente para tornar o hospício uma realidade.

Os biógrafos[517] de José Clemente procuram dar à sua vida perfeita harmonia de atos e pensamentos, em que seriam constantes a sabedoria, a caridade, o realismo, a atuação. Em Portugal, lutou no batalhão dos acadêmicos, chefiado por José Bonifácio de Andrada e Silva, contra a invasão napoleônica. No Brasil, lutou pela permanência de D. Pedro, sendo um dos responsáveis pelo famoso "Fico"; sua atuação foi importante na independência; nas primeiras eleições para deputado foi eleito pelo Rio, São Paulo e Minas Gerais; nomeado

[517] Antonio de Vasconcelos, *José Clemente Pereira;* Ernesto Senna, *José Clemente Pereira;* H. Carmo Netto, *José Clemente Pereira;* José Vieira Fazenda, *Os provedores de Santa Casa da Misericórdia da cidade de São Sebastião do Rio de Janeiro;* Manuel Duarte Moreira de Azevedo, *O Rio de Janeiro, sua história, monumentos, homens notáveis, usos e curiosidades;* Ubaldo Soares, *José Clemente Pereira, grande provedor da Misericórdia.*

intendente de polícia em 1827; em 1828 participou do ministério, encarregado da pasta do Império; no segundo gabinete da maioridade, gabinete conservador que tomou posse em 23 de março de 1841, ocupou o lugar de Ministro da Guerra; em 1842, foi eleito senador pelo Pará. Alguns dos marcos da vida política de José Clemente completada, segundo seus admiradores-biógrafos, pela atuação como provedor de uma instituição assistencial. Chamado de herói da Santa Casa, procurador dos pobres, homem da caridade, protetor dos órfãos, doentes, loucos, expostos, pai de todos os desvalidos da sociedade, José Clemente é, ao mesmo tempo, grande político e filantropo. Personagem em torno da qual se criou o mito do libertador da pátria e da humanidade sofredora.

Os médicos, portanto, se aliam à figura adequada. Além de circular em postos políticos de relevo, José Clemente é o elemento mais importante da instituição possuidora dos meios materiais para elevar um hospício. A Santa Casa aparece como naturalmente capacitada para a tarefa da construção e administração de um novo hospital, destinado só para um tipo específico de doença: a loucura. Tendo o precedente do encargo dos necessitados, entre os quais o doente, possuindo capacidade material para o novo empreendimento, a Santa Casa configura-se como possibilidade de concretização de um dos objetivos da medicina social.

Ao mesmo tempo em que há esta esperança médica em relação à Santa Casa, ocorre também o inverso. José Clemente inicia um idílio entre medicina e assistência que produz resultados importantes. Exemplos são: o novo hospital da Misericórdia, construído de acordo com as instruções fornecidas pela Academia Imperial de Medicina; o cemitério do Caju, primeiro cemitério extra-muros da cidade, também discutido e aprovado pela Academia; o Hospício de Pedro II — além dos debates na Academia, que serviram de assessoria à Santa Casa, José Clemente Pereira envia à Europa, em 1844, o

médico Antonio José Pereira das Neves para estudar os principais hospitais e tratamento dos alienados[518]. O saber médico instrumentaliza a filantropia empreendedora do provedor da Misericórdia.

O relatório do primeiro ano de sua gestão critica a realidade da Santa Casa e propõe mudanças em todas as instituições por ela administradas, como Casa dos Expostos, Recolhimento das Órfãs e principalmente o Hospital. Através da condenação do funcionamento hospitalar se veicula a necessidade urgente de criação de um hospício de alienados. Afirmando a desobediência total às regras de higiene na sua construção, funcionamento e organização, diz que "não temos hospital que mereça este nome"[519]. Pertencendo a uma mesma unidade, mortos, doentes contagiosos e loucos impedem que o hospital cumpra sua função terapêutica. Se há necessidade de construir um novo hospital, também é preciso criar espaços específicos para os perturbadores da ordem hospitalar: o cemitério, a enfermaria dos bexiguentos e tuberculosos, o hospício.

A crítica feita pelo provedor à situação dos alienados na Santa Casa está em continuidade com a argumentação médica: "Os alienados vivem encarcerados em pequenos quartos, que pelo menos são bem arejados: mas isto não basta, faltam os meios de lugar mais espaçoso e outras proporções indispensáveis para um tratamento apropriado a esta classe de doentes.

"Deplorável sobretudo é a sorte das alienadas!

518 Cf. Antonio José Pereira das Neves, "Relatório acerca do tratamento dos alienados e seus principais hospitais em França, Inglaterra, Itália, Alemanha, Bélgica e Portugal", *in Annaes de Medicina Brasiliense*, volume 1847-48, nº 7, p. 161-166 (1ª parte); nº 11, p. 271-274 e nº 12, p. 292-295 (2ª parte); volume 1848-49, nº 1, p. 12-16 e nº 2, p. 42-47 (3ª parte). O relatório publicado só diz respeito à França.

519 Relatório do provedor da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, 1839, p. 1v. Manuscrito.

"Compadecida de sua infeliz sorte, algum alívio lhes preparou a administração que me precedeu: louvado seja o seu zelo; mas o local não é suscetível de melhoramento! E sinto inexplicável aflição por nada ter podido fazer em benefício destas infelizes! Vivem encarceradas em estreitos cubículos, privadas de toda e qualquer vista, que até a do céu lhes é vedada, e do ar necessário para a vida, recebendo apenas uma escassa luz emprestada. Assim as desgraçadas vão caminhando para o cemitério, definhadas, tísicas ou hidróficas!

"Não exagero, senhores, e daqui a poucos momentos, guiados por mim a visitar o hospital, reconhecereis ocularmente que bem pelo contrário omito circunstâncias lúgubres, que podiam dar relevo ao horror que inspira o quadro. Parece que entre nós a desgraça da perda do uso das faculdades intelectuais se acha qualificada de crime atroz, pois é punida com a pena de prisão que, pela natureza do cárcere onde se executa, se converte na de morte!"[520].

Capacitado por sua posição como provedor e político, José Clemente toma medidas no sentido de criar o hospício: inicia uma subscrição pública para arrecadar fundos; quando Ministro da Guerra, envia ofício[521] ao Ministro do Império mostrando a "necessidade de dar princípio a um hospital destinado privativamente para tratamento dos alienados" que a Santa Casa administraria; pede também que leve "o referido à soberana presença de Sua Majestade Imperial para que haja por bem ordenar o que for mais do seu imperial agrado e fará um ato que eternizará o fausto dia da sagração e

520 *ibidem*, p. 2-2v.

521 Ofício do conselheiro José Clemente Pereira, provedor da Santa Casa, dirigido ao Ministro do Império, Cândido José de Araújo Vianna, *in Santa Casa da Misericórdia*, documento nº 3.

coroação do mesmo Augusto Senhor, a fundação de um hospital de alienados, que bem poderia tomar o nome de Hospício de Pedro II"; sugere ainda o emprego da subscrição que a comissão da praça do comércio desta Corte colocou à disposição do Imperador, para ser aplicada na fundação de um estabelecimento de caridade, na construção do hospício; indica também o local — a chácara possuída pela Santa Casa na Praia Vermelha. O resultado de sua iniciativa é o decreto de 18 de julho de 1841, criando o Hospício de Pedro II; ato da maioridade do Imperador que assinala a instauração de um governo encimado pelo chamado rei filósofo, complemento perfeito do pai dos desvalidos[522].

Para solucionar o problema representado pela presença dos alienados no Hospital da Santa Casa, os médicos, em uma perspectiva social mais ampla, e o filantropo escolhem o hospício. Instituição de características idênticas às do modelo francês elaborado basicamente por Pinel e Esquirol. Mas, se na França o "hospital de loucos" foi resultado final de um amplo debate político sobre a assistência, iniciado com a Revolução de 1789, em que foram discutidas formas diversas de solução para

[522] Sobre a relação entre José Clemente e o Hospício, issim se expressa uma poesia anônima escrita em 1854:

"Lá ao longe, agigantado,
Sobre as ondas a se mirar,
Vede o palácio ingente
P'ra loucura exterminar.

É do homem piedoso
O seu mais nobre brasão,
Deu asilo o mais decente
Ao infeliz sem razão!"

in Goivos e saudades ou líricos gemidos sobre a sepultura do homem da caridade, p. 13.

o problema do louco[523], no Brasil o hospício foi solução pacificamente adotada. A trajetória que culminou com o decreto de 1841 foi uma sucessão de sugestões aceitas, bem encaminhadas e sancionadas pela instância máxima do governo imperial

O "palácio de guardar doidos"[524] tem portanto uma história. Não somente orgulho do Imperador, símbolo da civilização que se instala na capital, mas parte integrante do projeto normalizador da medicina.

A pedagogia da ordem

Na fundação da psiquiatria, o hospício foi concebido como o lugar de exercício da ação terapêutica. Tendo como objetivo destruir a loucura, caracterizando-se por uma ação que não se dá como negativa, dedicada a impedir, tolher e afastar, mas como positiva, recuperadora, a psiquiatria precisa ser instrumentalizada com uma série de dispositivos que possibilitem a eficácia de sua intervenção. Daí a importância da organização de um espaço terapêutico e a necessidade do doente mental ser colocado em um ambiente criado especialmente para ele, que não seja exterior ou acidental com relação ao núcleo básico da prática psiquiátrica mas que, obedecendo aos requisitos fundamentais postulados pelos médicos, deve canalizar sua ação para possibilitar sua eficácia.

Entre hospício e psiquiatria não há, portanto, relação de exterioridade. Ele é mais do que um espaço utili-

[523] Cf., sobre o assunto, o excelente livro de Robert Castel, *L'ordre psychiatrique*, Paris, 1976. A ser publicado nesta coleção.

[524] José de Alencar, *Senhora*, p. 59.

zado para a medicalização da loucura: é uma instituição concebida medicamente. Tanto sua estrutura quanto seu funcionamento realizam o projeto psiquiátrico nascente, como veremos através da análise dos principais princípios que organizam espaço e vida asilar.

O Isolamento

O hospício de alienados é a realização do princípio de isolamento formulado por Esquirol em textos como "De la folie", de 1816, e "Sur l'isolement des alienés", de 1832, que foram retomados no Brasil desde a tese de Silva Peixoto, em 1837, aparecendo depois sempre reafirmado em teses de medicina e nos relatórios médicos.

O isolamento do louco no hospício justifica-se ao nível das causas da doença e ao nível do tratamento.

O hospício separa o louco das causas de sua loucura, inscritas na sociedade e principalmente na família. O princípio de isolamento expressa uma zona de conflito entre a família da época e a psiquiatria[525]: o louco deve ser distanciado do meio doméstico, que não só causa, mas acirra e confirma a alienação mental. Trata-se, portanto, de reorganizar o contato entre o doente e a família, através do hospício.

Para isolar o louco, os médicos expõem motivos: a presença de parentes e amigos relacionados às causas da loucura irritam o mal e entretêm o delírio, enquanto

[525] Cf. sobre a transformação de família no século XIX, o livro de Jurandir Freire Costa, *Ordem médica e norma familiar*, a ser publicado nesta coleção.

o isolamento significa possibilidade de romper os hábitos do louco, ligados à sua loucura e que a revigoram constantemente; a família concorda com as vontades do louco, que adquire assim uma força desmedida em suas faculdades e convence-se mais da idéia de que todos o obedecem; quando ocorre uma desobediência ao chefe de família enlouquecido, este piora por não suportar o rompimento de uma relação reconhecida; muitas vezes, há tentativa de convencer o louco de seu erro e de seu delírio, fazendo com que este tente justificar sua conduta e discursos; as despesas e o medo atrapalham a vida familiar[526]. Retirando o peso que a fazia funcionar mal, retirando o perigo que a amedrontava, o objetivo do alienista, enquanto operador de uma transformação, é se colocar como defensor e protetor da família.

Neste primeiro momento, por motivos táticos, o isolamento com relação à família é, no entanto, prioritário para um tipo específico de louco. As famílias ricas não devem ser obrigadas, através de uma lei, a internar um membro seu que esteja louco. Segundo Vieira da Silva, esta seria uma lei pouco liberal, na medida em que a riqueza pode oferecer garantias quanto à segurança e ao tratamento. Neste sentido, se a família rica quiser manter junto dela o alienado, o internamento não deve ser imposto. Ainda que com limitações, ela pode reproduzir — ou tentar fazê-lo — um hospício no interior de sua grande casa. A situação é diferente no caso da família pobre e do louco que vaga pelas ruas: não há possibilidade alguma de garantir a segurança e o tratamento. O isolamento é então indispensável.

O segundo nível de justificação do isolamento é a possibilidade de intervenção terapêutica. O isolamento é uma característica básica do regime médico e policial do Hospício de Pedro II. Por sua posição geográfica nos

[526] Cf., por exemplo, A.L. Silva Peixoto, *op. cit.* p. 29-30.

limites da cidade, por suas condições de ar puro, silêncio, tranqüilidade, o Hospício — mais uma instituição a que a política da medicina social assinalou um lugar fora do aglomerado urbano — realiza o projeto de isolamento. O Hospício é um espaço fechado, com uma única entrada constantemente vigiada, de onde o alienado não sai, a não ser para passeios pelas redondezas, mas sempre acompanhado pelos enfermeiros, e onde ninguém entra que possa interferir na relação da psiquiatria com o seu doente, atrapalhando o processo terapêutico. Não há cura sem isolamento, o que implica que todo tratamento deve ser asilar.

A organização do espaço terapêutico

Se todo tratamento deve ser asilar, o hospício, em si mesmo, deve realizar a transformação do alienado. É por isso que o isolamento não pode ser unicamente uma exclusão, uma segregação, um expurgo da vida social. Mas se complementa por uma organização do espaço interno e pela distribuição dos indivíduos de modo a que a vida do hospício se estabeleça de maneira ordenada e regular.

A população asilar não é homogênea, do mesmo modo que também a loucura não é unitária. Mas, curiosamente, não há recobrimento entre os princípios de distribuição espacial dos loucos e os princípios de classificação da loucura tal como aparecem na nosografia médica. A primeira divisão é sexual. Não há nem pode haver contato de sexos. Escrevia Manuel Barbosa em

seu relatório de 1855: "Estando hoje acabado todo o edifício, estão distribuídos os doentes em duas grandes divisões sexuais, ocupando os homens a ala esquerda e as mulheres a ala direita (...). Com esta distribuição, cada uma das divisões sexuais fica de tal modo colocada que cada uma delas ocupa um local separado e sem nenhuma comunicação entre si: a vigilância se exerce com muita facilidade e todo o serviço tornou-se mais cômodo"[527].

O hospício é assim arquitetonicamente dividido em duas partes simétricas. Tem a forma de um retângulo com um bloco central separando essas duas alas laterais, cada uma contendo dois pátios internos. Cada divisão está ainda subdividida em três classes. A primeira classe, que dispõe de quarto individual; a segunda, com um quarto para dois alienados e a terceira, que congrega também os indigentes, dispõe de enfermarias gerais para quinze pessoas. E a distribuição dos indivíduos ainda se refina pela divisão dos pensionistas de primeira e segunda classes em tranqüilos e agitados e os de terceira classe e indigentes em tranqüilos limpos, agitados, imundos e afetados de moléstias contagiosas[528].

A importância desta distribuição interna do espaço asilar é fundamental. Significa que o isolamento completo do alienado deve ser proscrito pois alimenta inclusive a loucura, impossibilitando a recuperação. Mas não implica a existência da livre circulação. No interior do hospício, o meio termo é o contato organizado com as pessoas de seu sexo, de sua classe, de seu tipo de com-

527 Manoel José Barbosa, "Relatório e estatística do Hospício de Pedro II, desde 1º de julho de 1854 até 30 de julho de 1855", *in Annaes Brasilienses de Medicina*, 1856, p. 98-99.
528 Cf. os *Estattos do Hospício de Pedro II* e Manoel José Barbosa, *Relatório e estatística do Hospício de Pedro II de 9 de dezembro de 1852 até 30 de julho de 1853*.

portamento. Importância que aparece claramente no relatório do segundo diretor quando critica o fato de o hospício não poder comportar as subdivisões de que necessita para a classificação das diversas gradações de loucura e justifica a crítica desta imperfeição afirmando que "a idéia de criar-se categorias na classificação das moléstias mentais (...) é uma necessidade irrecusável reclamada pelo tratamento, pela moral, pela higiene e pela disciplina do estabelecimento. A promiscuidade de tais doentes promove a confusão, a desordem e a anarquia"[529].

A circulação regulamentar — que as imperfeições arquitetônicas em si mesmas impossibilitam, causando a indisciplina — tem como fundamento a idéia de Esquirol de que "o plano de um hospício de alienados não é algo indiferente que se possa abandonar aos arquitetos". E a razão é que, mais do que um simples edifício, o hospício é um "instrumento de cura"[530]: no hospício o que cura é o próprio hospício, é a organização do espaço e a conseqüente localização do indivíduo em seu interior.

Vemos, assim, que o hospício se caracteriza por um isolamento que se constitui não só como um espaço fechado sobre si mesmo, mas também como espaço diferente, heterogêneo com relação às outras instituições. O que não implica que a população asilar seja homogênea: o hospício é um espaço classificatório que localiza e distribui os indivíduos em seu interior, a partir de categorias muito pouco médicas como tranqüilos-agitados, sujos-limpos e outras do gênero que sempre podem ser acrescentadas.

529 José Joaquim Ludovico da Silva," (Relatório do Hospício de alienados de Pedro II", *in Gazeta da Bahia,* volume II, 1867-68, p. 187.

530 J.E.D. Esquirol, "Des etablissements d'alienes", *in op. cit.,* tomo II, p. 421.

A vigilância é uma propriedade essencial do hospício. O primeiro relatório do Hospício de Pedro II é claro a esse respeito quando afirma que "os alienados são vigiados noite e dia e nem dentro nem fora do estabelecimento deixam de estar acompanhados; há sempre enfermeiros que velam para que eles estejam limpos e asseados e com sua presença evitem os perigos de distúrbios e altercações"[531]. O louco deve ser vigiado em todos os momentos e em todos os lugares. Deve estar submetido a um olhar permanente.

Esquirol, quando justifica o fato de o hospício por ele planejado ter um único andar é, entre outros, do ponto de vista da vigilância que argumenta: o pessoal do serviço passando pelos corredores pode ver o que se passa nos quartos. E ainda acrescenta que os enfermeiros se vigiam melhor uns aos outros e são mais facilmente vigiados pelos chefes da casa[532].

Arquitetonicamente, os elementos de vigilância inscritos no hospício não são muito relevantes ou são inexpressivos, como uma torre de vigilância no centro do pátio dos agitados, no Hospício de Pedro II. Neste sentido, há uma diferença entre a arquitetura asilar e a das prisões, que seguiram mais de perto as indicações circulares sugeridas por Bentham no *Panopticon,* como aconteceu na Casa de Correção da Corte, que é uma de suas variações. As citações de Esquirol e Manoel Barbosa apontam em outra direção, indicando a função desempenhada pelo pessoal administrativo que constitui

531 Manoel José Barbosa, *op. cit.,* p. 4.

532 Cf. J.E.D. Esquirol, *ibidem,* p. 426.

uma rede de olhares que se estende por todo o hospício, embora não esteja espacialmente localizada.

A diferença entre o panopticon e o hospício parece estar no modo de realização da vigilância. Não se trata mais, no hospício, de uma vigilância central caracterizada espacialmente. Embora no centro do edifício esteja o local da administração, este só muito longinqüamente poderia lembrar a torre do panopticon. Mas isso não tem grande importância. O fundamental na relação com o modelo ideal de uma instituição de vigilância é que no hospício está presente o "princípio da inspeção" definido por Bentham no *Panopticon,* segundo o qual deve haver uma presença total e constante do diretor do estabelecimento junto aos indivíduos, presença essa que deve induzir neles um estado consciente e permanente de visibilidade que assegura o funcionamento automático do poder.

No Hospício, quem se ocupa desta função de vigilância é sobretudo o enfermeiro, que deve acompanhar os doentes por todos os lugares e em todos os momentos: "(...) os banhos são geralmente administrados e os doentes vão sempre acompanhados por enfermeiros; os passeios estão estabelecidos e nesses passeios a a polícia é feita pelos enfermeiros; nos refeitórios estão sempre os enfermeiros de guarda aos alienados, e à noite é necessário que hajam guardas que velem a bem da ordem e da segurança dos próprios alienados"[533].

Mas a vigilância não se esgota nesse primeiro nível. Se o enfermeiro vigia, ele também sofre o olhar de uma instância superior. Manoel Barbosa, em seu relatório de 1855, também o anuncia com toda a clareza: "No serviço dos homens há 12 enfermeiros debaixo da imediata inspeção das irmãs de caridade. Geralmente estes empregados servem mal e nenhuma confiança merecem. É necessária a maior vigilância sobre eles, puní-los a

533 Manoel Barbosa, *op. cit.*, p. 28.

miúdo, despedí-los, etc. Não é isso, porém, de admirar: todo o mundo conhece a classe de homens que entre nós se presta a um tal gênero de serviço mediante a quantia de 24 mil réis mensais[534]. Caracterização bem diferente do elogio das qualidades ideais proferido pelo dr. Simoni quando advogava a "Importância e necessidade da criação de um manicômio ou estabelecimento especial para o tratamento dos alienados": "Um enfermeiro de alienados deve casar a severidade com a doçura, a coragem com a prudência, discreção e caridade e uma certa esfera intelectual para entender o médico e o doente. Deve ser um homem probo, ativo, zeloso, inteligente e com longa experiência"[535]. Exaltação das qualidades físicas, morais e intelectuais dos enfermeiros que se articula exatamente com a função principal que eles devem desempenhar no hospício como demonstra, sempre ao nível das idealidades, o dr. Tourinho ao afirmar que dentre os enfermeiros "sairão os mais inteligentes, ativos e robustos para exercerem a necessária vigilância, que constitui em um asilo de alienados um dos elementos indispensáveis da boa ordem"[536]. Intermediário entre o médico e o doente, a ponte que o enfermeiro deve estabelecer entre esses dois extremos — e daí seu louvor ou sua crítica — é a do olhar vigilante.

Além dos doze enfermeiros, o Hospício conta na época com treze irmãs de caridade encarregadas das enfermarias, salas de trabalho, rouparia, cozinha e despensa e "continuam, como diz o relatório de 1855, a

534 Manoel Barbosa, *op. cit.*, p. 100.

535 Luiz Vicente de Simoni, "Importância e necessidade da criação de um manicómio ou estabelecimento especial para o tratamento dos alienados", *in Revista Médica Fluminense,* 1839, p. 255-156.

536 D.C. Tourinho, "Breves considerações sobre a fundação do asilo de alienados na Quinta da Boa Vista, denominado S. João de Deus", *in Gazeta Médica da Bahia,* vol. VI, 1872-1873, p. 40.

prestar-se com o mesmo zelo e dedicação em favor dos infelizes alienados". Enquanto isso, só há, nesta época, um médico no Hospício, o próprio diretor, que neste momento não vê incompatibilidade entre seu trabalho e o da figura não médica das irmãs, ao contrário bastante elogiado.

Bem diferente é a posição assumida por um outro diretor, Nuno de Andrade, primeiro professor da cadeira de clínica das moléstias mentais, em 1881, que, propondo separar o Hospício da Santa Casa da Misericórdia e confiar sua direção ao Estado, argumenta fundamentalmente que sua autoridade de clínico é tolhida pela atribuições conferidas às irmãs de caridade. A culpa é atribuída ao Regimento Interno de 1858 que, segundo ele, se opõe aos Estatutos ao confiar às irmãs de caridade o serviço econômico e a direção das enfermarias, elevando-as à mesma hierarquia profissional do diretor do serviço sanitário e mais acima dos facultativos clínicos, e dando-lhes finalmente a competência igual à do mordomo, "representante do provedor e seu delegado", o que faz do Hospício uma "anomalia hospitalar lastimosa"[537].

A sensibilidade a esta oposição é importante e inaugura um movimento que separará Hospício e Santa Casa. Do ponto de vista que analisamos o pessoal responsável, o que é comum a esses dois momentos diferentes é a afirmação médica — em um caso pacífica, no outro sentindo-se ameaçada — do direito de ser o médico autoridade suprema na hierarquia asilar, na medida em que a função de tudo ver e tudo saber é nela mesma constitutiva do hospício como entidade terapêutica.

Ao mesmo tempo em que é partilhado, exercido em pontos diferentes e a diversos níveis, o poder deve

537 *in A Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro e o Hospício de Pedro II*, Rio, 1882.

estar submetido ao médico como princípio de sua unificação. O que os próprio médicos sabem perfeitamente bem: "A administração de um asilo de alienados deve ser entregue a um médico: assim o reclama a psiquiatria, assim o aconselha a experiência. Em um estabelecimento desta ordem todo movimento, toda ação deve estar subordinada a um único fim, à cura e bem-estar dos alienados. Ao poder administrativo deve estar reunido o poder médico, sem o que não pode haver unidade de ação, unidade de governo"[538].

A distribuição do tempo

Outra característica básica do hospício é a distribuição do tempo dos internos. Assumindo o encargo total da vida dos indivíduos, isolando-os e vigiando-os permanentemente, o hospício prescreve uma ocupação aos alienados. Não pode ser lugar de ócio ou de inércia na medida em que o isolamento da sociedade não visa a uma simples exclusão de suas fronteiras, mas à possibilidade de uma reinserção do alienado na sociedade depois de sua reabilitação através de um tratamento.

Ora, quando se analisa como eram discriminadas as horas da instituição asilar pode-se ficar surpreso com a inexistência justamente de um momento específico de medicação. O tratamento físico, orgânico ou médico, no sentido da medicina não psiquiátrica, ou é inexistente ou é aplicado sobre aqueles que, além de loucos, são afetados por "moléstias acidentais", ou tem ainda uma

538 D.C. Tourinho, *op. cit.*, p. 40.

eficácia curativa secundária no caso do alienado. Isso não significa dizer, porém, que o hospício seja um espaço desmedicalizado, mas se inscreve de modo perfeitamente coerente na lógica do saber e da prática psiquiátricos. O motivo é que "o tratamento é mais uma educação que uma medicação", para usar os termos do primeiro relatório do Hospício de Pedro II. Se não há tempo específico de medicação é que, paradoxalmente, o hospício medicaliza a totalidade do tempo da vida dos indivíduos que estão a ele submetidos.

Em que consiste esse emprego do tempo, que também deve ser constituído como uma condição para que o hospício seja um órgão terapêutico? Quando se analisam as "Instruções regulando as horas de alimentação, passeios, recreio e trabalho dos alienados do Hospital de Pedro II"[539], observa-se que o trabalho deve ser a principal ocupação dos internos no hospício. É o que também se nota em seu Regimento Interno, que lhe é um pouco posterior, quando reza que todos os alienados tranqüilos "serão empregados no trabalho das oficinas e outros serviços que possam prestar durante o dia e até 10 horas da noite, não havendo inconveniente", afirmando em seguida que o alienado que preferir o trabalho ao recreio não será obrigado a descansar. O Regimento também não deixa dúvidas de que o trabalho seja a regra básica e principal ocupação do tempo asilar, ao afirmar de modo bastante englobante em seu artigo 51 que "o trabalho será unicamente interrompido pelas refeições e recreios e pela aplicação dos banhos e outros remédios que os facultativos prescreverem".

A norma do trabalho impera no hospício e se materializa em oficinas de costura, bordados, flores artificiais, alfaiataria, estopa, colchoaria, escovas, móveis, calçados. Para os alienados "que não têm aptidão para

539 Cf. Manoel Barbosa, *op. cit.*, p. 42.

tanto"[540] se prescrevem jardinagem ou trabalho como servente nas obras, refeitórios, enfermarias, etc. E do mesmo modo que os alienados são premiados pela docilidade e obediência, também o são pela assiduidade e perfeição no trabalho, que é o principal meio de obtê-las.

A essa realidade corresponde a teoria psiquiátrica do trabalho como principal meio de cura, afirmando que sua principal finalidade não é a busca do lucro, mas o próprio trabalho como princípio a ser interiorizado, como um bem que deve ser adquirido. Trabalho significa coordenação dos atos, atenção, obediência a um encadeamento de fases da produção que permitirá chegar ao produto; significa existência de regras às quais o alienado deve se adequar. É uma fonte poderosa de eliminação da desordem, de submissão a uma seqüência coordenada e ordenada. O trabalho permite o controle de cada ato, de cada gesto; permite coordenar e ordenar o corpo e a mente. O trabalho é, portanto, em si mesmo terapêutico, ocupando assim uma posição central no tratamento. "Não temos necessidade de fundar um asilo com as vastas dimensões que oferece o de Pedro II (...) não; devemos estabelecer um com proporções simples e modestas, situado em localidade que, às boas condições higiênicas reúna cômodos e terreno espaçoso e apropriado, onde os alienados, conforme o juízo dos médicos respectivos, sejam empregados em trabalhos de cultura e em outros misteres e ocupações compatíveis com o seu estado e condição (...). O trabalho, o trabalho agrícola sobretudo, é hoje considerado e reconhecido pelas autoridades competentes como um dos meios mais poderosos e úteis de tratamento da alienação mental (...)"[541].

540 J. Ludovico da Silva, *op. cit.*

541 José de Goes Siqueira, "Considerações gerais sobre os hospícios de alienados; necessidade de criação de um asilo a eles especialmente destinado em nossa província", *in Gazeta Médica da Bahia*, 1866-67, p. 31.

A implantação do trabalho dentro do espaço asilar proporciona outros benefícios: em primeiro lugar, facilita a manutenção do hospício, pois os próprios alienados confeccionam as roupas, lavam, passam, além dos produtos poderem ser vendidos; em segundo lugar, constitui elemento de prevenção de recaída — o louco aprende um ofício que depois poderá exercer na sociedade, evitando problemas como miséria e desocupação, causas de loucura.

O elogio do trabalho não significa entretanto que tenha sido universalmente aplicado no interior da vida asilar. Quem está a ele submetido é o pobre e não o rico. Não se terá os ricos nos trabalhos das oficinas, dos jardins, ou nos serviços do hospício, que são trabalhos de pobre, a que os psiquiatras não querem ou não podem obrigá-los. Para o que eles vêem entretanto uma saída específica: o trabalho do rico será a diversão. "Para os pensionistas de primeira e segunda classe, a quem infelizmente não podemos prescrever o trabalho, será necessário estabelecer certos jogos e criar uma pequena biblioteca"...[542] Não se deve perder de vista que o hospício não só espelha a sociedade, como está profundamente a ela vinculado. Não é uma clausura, mas um lugar de reeducação, de transformação dos indivíduos para novamente situá-los na posição que ocupavam na sociedade. Seu lucro, se não é imediatamente econômico, é, antes de tudo, moral e social.

A terapêutica adquire toda sua extensão quando realizada como projeto de introjeção das virtudes do trabalho ordeiro, dócil e disciplinado que deve reinar tanto dentro quanto fora do hospício. Não será esta a verdade que quer proclamar o dr. Tourinho quando afirma: "Se a utilidade do trabalho nos estabelecimentos se limitasse a uma influência curativa somente, a importância de seu emprego seria consideravelmente diminuída, porque os doentes relativamente curáveis constituem uma pequena parte da população destes estabelecimentos. Mas o trabalho tanto no asilo de alienados como em todas as aglomerações humanas é uma condição essencial à manutenção da ordem e da conservação dos bons costumes?"[543] A medicalização é fundamentalmente uma experiência de ordem, mesmo quando incapaz de curar a alienação.

542 Manoel José Barbosa, *op. cit.*, p. 30.

Repressão, controle, individualização

Os princípios do isolamento, da organização do espaço terapêutico, da vigilância e distribuição do tempo regem a totalidade da vida dos alienados, atingem cada minuto de sua existência. Ao mesmo tempo que circunscrevem individualmente o alienado, percorrendo a minúcia de seus corpos, de seus gestos, estes princípios dizem respeito à população que vive no hospício. Estabelecendo normas de comportamento, intervindo para que estas normas sejam interiorizadas, transformando e criando a docilidade, a obediência, eles funcionam para toda a coletividade que habita o hospício.

Complementando estes princípios — que articulados constituem um modelo de gestão asilar — existem táticas que colocam o médico e o louco frente a frente. Trata-se da confiança, dos meios de persuasão, dos meios de repressão, meios que devem ser cuidadosamente utili-

543 D.C. Tourinho, *op. cit.*, p. 26.

zados pelo médico, com o objetivo de "curvar o capricho do doente"[544].

Quando o médico adquire a confiança do louco, ele vê nisto uma vitória importante para a conquista da obediência: o alienado passa a ouvir o médico, a abandonar-se em suas mãos, diminuindo ou anulando sua reação, despojando-se de seu próprio poder de oposição.

Os meios de persuasão pressupõem confiança por parte do louco — eles só podem funcionar quando este se mostra aberto a conselhos: "a aplicação de todos os meios brandos e persuasivos, chamando o louco a certos deveres compatíveis com o seu estado mental, instruindo no cumprimento das regras estabelecidas, tornando-o assim dócil e morigerado, eis o regime que constitui uma das bases do tratamento"[545]. O uso da persuasão doce trabalha também no sentido de tornar o louco grato ao médico que bane a violência. "Os alienados são reconhecidos aos meios brandos com que os tratam"[546].

A utilização destes meios de conseguir a docilidade está ligada à habilidade e ao conhecimento do médico que os ativa para penetrar e agir no interior do alienado. Ao entrar no hospício, ele passa a ser constantemente observado, observação que se constitui como fonte preciosa de tratamento, ao dar ao médico os instrumentos necessários para a ação que visa a um alienado específico. Esta observação permite a construção das histórias individuais que são usadas no momento de domar aquele que impede o reino da ordem. De acordo com o caso, o médico suscita o amor próprio, mostra o ridículo, faz nascer o afeto, torna algumas idéias penosas, cria o sentimento de privação de liberdade para fazer com que o louco reconheça o médico e queira se curar. O

544 D.C. Tourinho, *op. cit.*, p. 43.
545 José Joaquim Ludovico da Silva, *op. cit.*, p. 190.
546 D.C. Tourinho, *op. cit.*, p. 43.

médico acaba persuadindo o louco a aceitar e tornar seu o comportamento ordeiro, ordenado, calmo, obediente.

Se o discurso médico é permeado pela doçura que transforma, qual é o papel dos meios de repressão? No debate a respeito de sua necessidade, em que são citados médicos ingleses que pregam o fim de qualquer "coerção no tratamento dos alienados"[547], os médicos brasileiros optam pela permanência de alguns meios de repressão: "concordamos com alguns meios de repressão que sejam compatíveis com os sentimentos de humanidade e os progressos da civilização"[548]. Aparentemente, seu uso é contraditório com a denúncia da violência com que os loucos tradicionalmente teriam sido tratados. A psiquiatria tenta desvincular sua atuação sobre o louco da violência que marca o corpo, que machuca e mutila. Os meios de repressão são ativados fundamentalmente para conseguir a docilidade. Não visam a marcar o corpo, mas a transformar o corpo violento em corpo pacífico.

A utilização da repressão assume então o caráter de criação de docilidade. E, na medida em que deve ser dosado e receitado de acordo com o caso, o papel do médico aparece como fundamental.

Sua ativação é dupla: quando um alienado se insurge, ela é meio de inserí-lo ou reinserí-lo na calma asilar; mas é também ameaça, na medida em que pode ser a qualquer momento utilizada. Neste sentido, a própria ordem é assegurada pela repressão, que ameaça a coletividade ou que atinge os indivíduos.

João Paulo Vieira da Silva, em sua tese *Tratamento das moléstias mentais,* admite os seguintes meios:

1 — o cautério: usado pelo medo que produz. Vieira da Silva faz referência a Esquirol, que cita o caso

547 J.R. Vieira da Silva, *op. cit.*, p. 6.
548 *ibidem.*

de uma jovem em estado violento de mania que, com medo do cautério, acabou por se acalmar.

2 — o isolamento celular.

3 — a camisola de força.

Vieira da Silva não admite, "pelos efeitos perigosos e por serem indignos da atualidade, as atitudes forçadas, a máquina de Darwin, a cadeira rotatória"[549].

Define-se a repressão digna da civilização, aquela que está a serviço da disciplina: "Só existe o colete de força (reservado para os alienados agressivos, para os que têm depravações instintivas). A reclusão, intimidação e outros meios coercitivos não são aceitos, salvo em casos excepcionais e como medida regimental ou disciplinar"[550]. Os Estatutos do Hospício de Pedro II estipulam um novo tipo de repressão medida, educativa, medicalizada:

"Artigo 32: os únicos meios de repressão permitidos para obrigar os alienados à obediência são:

1 — a privação de visitas, passeios e quaisquer outros recreios.

2 — a diminuição de alimentos, dentro dos limites prescritos pelo facultativo.

3 — a reclusão solitária, com a cama e os alimentos que o clínico prescrever, não excedendo a dois dias.

4 — o colete de força, com ou sem reclusão.

5 — banhos de emborcação, que pela primeira vez só poderão ser empregados na presença do clínico e nas vezes seguintes na presença da pessoa e pelo tempo que ele designar.

Artigo 33: os meios de repressão só podem ser determinados pelo facultativo a cujo cargo estiver o alienado. Em caso urgente, o primeiro enfermeiro poderá empregar, sob sua responsabilidade pessoal: a privação de visitas, passeios e outros meios de recreio; a reclusão solitária, o colete de força, com ou sem reclusão. O enfermeiro deverá informar ao facultativo os meios empregados e os motivos que fizeram sua aplicação necessária".

549 J.P. Vieira da Silva, *op.*, p. 6.

550 José Joaquim Ludovico da Silva, *op. cit.*, p. 189.

Uma anomalia hospitalar lastimosa

A grande realização da psiquiatria, na época de sua constituição, é o hospício como poder disciplinar. Contando com dispositivos específicos, pessoal especializado, população selecionada, arcabouço jurídico, passa a existir, em meados do século XIX, uma nova realidade institucional, resultado de uma luta médica que impõe, cada vez com mais peso, a presença normalizadora da medicina como uma das características essenciais da sociedade em que vivemos.

A psiquiatria, portanto, não se constitui no Brasil como uma idéia, uma idealidade discursiva, um simples efeito ideológico: uma justificação ou legitimação que tem como objetvo ofuscar, mistificar, obscurecer os mecanismos de dominação de uma classe sobre outra. Sua ação é muito mais penetrante, eficaz e positiva. Ela atinge diretamente o corpo das pessoas; é uma realidade que desempenha um papel de transformação dos indivíduos, assumindo o encargo de sua vida, gerindo sua existência, impondo uma norma de conduta a um comportamento desregrado. Denota, assim, a presença da medicina em um aspecto da realidade que até então lhe era estranho, desconhecido, exterior. Através da psiquiatria o médico penetra ainda mais profundamente na vida social, dá as cartas em um jogo que passa a existir segundo regras por ele mesmo criadas.

Seu instrumento básico nesta época: o hospício. Na ação da medicina com relação à loucura tudo converge para a implantação desse espaço específico de reclusão que, abrigando as pessoas consideradas doentes mentais, é capaz de recuperá-las pela própria força terapêutica de sua organização. É toda a estrutura asilar que, em seus diversos aspectos, se concentra nesse objetivo de transformação da vida de um tipo específico de desviante. A eficácia do hospício reside — e isso é parte essencial da teoria psiquiátrica do século XIX — em sua presença na sociedade como operador de cura: cura de uma doença que tem características especiais e que justifica um tipo de intervenção que é original com relação à medicina científica — a anátomo-clínica — que se constitui na mesma época que a medicina mental.

A existência da doença mental pede um tratamento moral. Daí a intervenção terapêutica da psiquiatria ser menos uma medicação do que uma educação. A organização arquitetônica deve ser marcada intrinsecamente por uma característica médica: no hospício o que cura é o próprio hospício; o bom emprego do tempo é condição indispensável do processo de transformação do alienado em um ser útil e dócil: ele deve introjetar a lei moral do trabalho; a direção centralizada, conjugando saber e autoridade, encarna a norma de comportamento e estabelece as etapas do percurso terapêutico: o médico deve ocupar o topo da estrutura de poder característica do hospício; a internação do alienado deve possuir um fundamento legal que evite o perigo das sequestrações arbitrárias: a medicina deve impregnar a legislação e a justiça.

Desde o início do hospício os alienistas não se cansam de cantar o seu louvor: a cientificidade de sua organização espacial e funcional; a dedicação e competência de seu pessoal dirigente; a aplicação do tratamento moral. O hospício realiza assim uma verdadeira pedagogia da ordem.

Pouco a pouco, porém, surgem críticas. Não, curiosamente, críticas externas: protestos, desconfianças, denúncias de quem foi prejudicado, conheceu um caso de injustiça ou não aceita a existência do hospício[551]. As críticas são internas: partem dos médicos e mesmo dos diretores, tendo como veículo jornais, mas sobretudo os próprios relatórios e é a instituição em que trabalham ou que dirigem que é o alvo do ataque; a organização arquitetônica não é tão perfeita quanto se supunha, aos olhos de novas concepções de loucura, do mal aproveitamento do espaço, de construções desordenadas no interior do hospício ou em sua circunvizinhança; o exame do pessoal clínico e administrativo evidencia claramente que o médico não tem todo o poder sobre a loucura, mas está subordinado ao pessoal religioso ou é tolhido pela incompetência, ignorância ou maldade dos enfermeiros; o processo de internação independe de sua vontade ou competência, o que ainda permite a presença de não-loucos no hospício e de loucos excluídos em prisões ou outros lugares não especificamente criados para eles; não há, finalmente, uma lei nacional de alienados e um serviço de assistência organizado pelo Estado que faça com que o Hospício de Pedro II deixe de ser uma exceção.

Não se trata, portanto, de uma crítica à figura do psiquiatra. O que é denunciado pelos médicos é justamente o que escapa a seu controle: são os obstáculos institucionais e mesmo jurídicos a uma gestão intrinsicamente médico-administrativa. Sentem-se impotentes; sugerem reformas; pedem ou exigem poder. O que mostra que não conseguem dar as cartas ou mesmo ser senhores de sua própria casa: não dominam o espaço do internamento como era proposto desde Pinel e como

551 Uma pesquisa mais exaustiva desse aspecto certamente localizaria focos de contra-discursos, correlato necessário da ofensiva de medicalização.

faziam crer, sem dúvida por motivos políticos de uma correlação de forças desfavorável.

A importância dessas críticas é desvelar a própria natureza da psiquiatria. Seu significado é duplo. Por um lado, explicitam a exigência de medicalizar um espaço criado para a medicalização do louco. Mostram assim, como o outro lado da realidade que procuramos descrever, a dificuldade que teve a psiquiatria para impor seus objetivos, tornam claro que resistências dentro de seu próprio espaço sempre estiveram presentes impedindo que o modelo teórico do hospício se impusesse. A denúncia é parte de uma estratégia por maior poder da medicina que neste momento tem que se defrontar com outras instituições ou outras instâncias sociais para disseminar seu projeto normalizador da sociedade e, mais particularmente, ver possibilitado o funcionamento do hospício.

Por outro lado, explicitam, paradoxalmente, o fracasso da psiquiatria como uma instância terapêutica. O processo de crítica, de insatisfação, de proposta de reforma é uma constante da história da loucura como doença mental. Instrumento terapêutico básico da psiquiatria do século XIX é, portanto, principalmente através do hospício que se dá a medicalização do louco. Mas se a medicina mental oferece a cura como sua aquisição científica fundamental e como produção específica do internamento asilar, até hoje nunca deixou de reconhecer o seu lado negro: só se entra no hospício para não sair ou, na melhor das hipóteses, para logo depois voltar. A crítica ao não-funcionamento da psiquiatria tem, até hoje, portanto, acompanhado sua história como uma de suas características essenciais: atesta uma incapacidade ou uma impossibilidade terapêutica que longe de pôr em questão a própria psiquiatria, serve fundamentalmente de apoio a uma exigência de maior medicalização. É o que podemos notar, por exemplo, na autocrítica radical que a psiquiatria realizou na passagem do século.

Um espaço caótico

O regime médico e policial do Hospício de Pedro II deve responder à exigência de isolamento do alienado. Construído nos limites da cidade, sua posição geográfica deve proporcionar as indispensáveis condições de ar puro, silêncio e tranqüilidade, realizando o necessário projeto de isolamento. No entanto, esta localização é prejudicada pelas edificações que a administração permite fazer em seus terrenos vizinhos. Ao se povoar o local, diminui-se a área disponível do hospício, em grave prejuízo para o isolamento indispensável ao tratamento dos doentes mentais. Além disto, casas construídas na parte lateral do hospício, ao formarem corredores de vento, tornam o local insalubre. Também a construção de um pavilhão interno aumentou esta insalubridade, interceptando aos doentes o benefício dos raios solares e deixando-os entregues a uma nociva umidade[552]. Esta denúncia de 1886 sobre a situação do Hospício de Pedro II é homogênea a críticas presentes em grande parte dos relatórios dos diretores desta época e em artigos especializados: o Hospício não pode prestar serviços reais aos loucos por não ser uma verdadeira instituição hospitalar, mas um simples refúgio para estes doentes.

552 J.C. Teixeira Brandão, *Os alienados no Brasil*, 1886, p. 39-40.

Ele não é uma instituição hospitalar primeiramente por sua arquitetura. Tendo como objetivo implementar a medicalização do espaço asilar, os médicos denunciam o Hospício como edifício simplesmente ornamental. Exteriorizando riqueza arquitetônica, esconderia a ausência do que deve constituir seu principal valor: o desempenho científico permitido também por uma arquitetura funcional[553]. "É forçoso confessar as numerosas imperfeições que se notam no plano arquitetônico do Hospício de Pedro II: aí a arte esqueceu a ciência; sua construção é imponente e monumental, porém peca pelo lado científico de sua missão"[554].

A necessidade de uma disposição arquitetônica planejada em função do trabalho terapêutico a ser efetuado em seu interior é um princípio presente nos primeiros protestos que fizeram da criação do hospício seu objetivo. A retomada no final do século deste mesmo princípio deve ser inscrita na luta por maior medicalização[555]. Mas, colocando-se em oposição ao passado, dizem os médicos: a criação do Hospício de Pedro II foi importante por ser ele um espaço destinado aos loucos. Etapa histórica que, entretanto, deve ser seguida por uma outra: cabe a nós, médicos psiquiatras, criar o espaço terapêutico.

A crítica ao aspecto ornamental do Pedro II insere-se em uma crítica mais fundamental: o médico não tem sido a figura central nas decisões relativas ao edifício asilar, ele que "colheu na pratica dos asilos uma experiência ilustrada por numerosos obstáculos, poderá determinar medidas, disposições e precauções combinadas com a higiene"[556].

Uma arquitetura presidida por critérios médicos permite o estudo das moléstias, abolindo do espaço asilar sua confusão improdutiva. Entretanto, o Hospício de Pedro II abriga um "caos de concepções delirantes" e as classificações são as que permitem suas instalações terapeuticamente insuficientes: separação por sexo, classe social, separação de tranqüilos e agitados[557].

Os agitados, que em seus acessos de fúria são recolhidos às "casas forte" que ficam no centro do Hospício, são motivo de descrição desabonadora que procura mostrar o quadro ultrapassado e medonho existente em um estabelecimento que deveria ser voltado para a ciência e terapia. Se "verá, ao entrar nos quarteirões onde existem quatorze *casas forte*, o aspecto lúgubre e a tristeza que infunde a presença das enormes grades destes quatorze calabouços, tristes na forma, tristíssimos na prática. Elas trazem a idéia de uma cadeia antiga para todas as sortes de criminosos"[558]. Ora, se patologizar o louco significa principalmente desvinculá-lo de formas repressivas para exercer sobre ele um controle normativo, a presença de "casas forte" com tais características

553 Cf. *ibidem*, p. 39.

554 G.B. de Moura e Câmera, *Relatório do médico diretor do Hospício de Pedro II*, 1877-1878, p. 10.

555 Curiosamente, em outro contexto — Sociedade Médico-Psicológica de Paris — mas em data praticamente coincidente — 1883 — o *radical* Teixeira Brandão, que é dos críticos mais violentos ao funcionamento do Hospício, faz o elogio desta instituição: "O Hospício de Pedro II é admiravelmente situado: afastado do centro mais povoado, localiza-se ao sul da baía de Botafogo que, dominando vasta paisagem e tendo à sua volta grande extensão de terreno a ele pertencente, faz com que realize perfeitamente as condições necessárias para um completo isolamento (...). Não é preciso dizer que o arquiteto que fez este Hospício tomou como modelo os estabelecimentos análogos da Europa; ele somente fez a adaptação ao clima, planejando assim compartimentos maiores, tetos mais altos, e não poupando as despesas necessárias à sua construção, ele construiu um edifício suntuoso e digno de admiração". *In Annales médicaux-psychologiques*, Paris, 1884, p. 278-279. Em francês no original.

556 G.B. de Moura e Câmera, *op. cit.*, p. 11.

557 Cf. *ibidem*, p. 12.

558 *ibidem*, p. 15-16.

aparece como obstáculo à prática recuperadora. Além de estarem ligadas a uma prática de violência, as "casas forte" são negativas por um segundo aspecto: situadas no centro do edifício, são "focos de agitação", devendo ser afastadas para "a parte mais remota do edifício", em quarteirão especial. "Observo durante a noite, quando o hospital está em silêncio, um militar com voz atroadora bradar às armas, outro rebomba da mesma forma; mais adiante outro canta de galo, no que é correspondido por muitos; outro, com voz de trovão, chama porcos e, finalmente, o silêncio do Hospício transforma-se em um barulho infernal"[559].

Além dos agitados, os epiléticos dão margem à crítica psiquiátrica do Hospício e à proposta de mudança. "Os epiléticos já são, pela natureza do seu mal, terríveis, traiçoeiros e perigosos.

"Dias e horas antes do acesso, já são o cabeça de motim entre seus companheiros, ainda os mais tranqüilos"[560]. Preocupado com a disciplina asilar, o médico diretor Gustavo Balduíno propõe a criação de espaço específico para os epiléticos, por ser de "alta importância prática separá-los, sujeitá-los a uma vigilância especial"[561].

Os imundos também são apontados como categoria a ser diferenciada, merecedora de um local a eles destinado. A imundície de seus corpos, desdobrando-se na imundície da perversão moral — que faz com que se dilacerem entre si e insistentemente se entreguem à masturbação — exige o reconhecimento de sua especificidade.

Assim como agitados, epiléticos e imundos, os simuladores e dissimuladores — classe que reúne todos os

559 *ibidem*, p. 12.
560 *ibidem*, p. 13.
561 *ibidem*.

aspectos de periculosidade — também merecem atenção especial. Os dissimuladores parecem providos de bom senso até que eclode o seu delírio em "práticas perversas". O seu grande perigo é que, desconfiando da vigilância sobre eles exercida, esmeram-se na dissimulação. podendo enganar os próprios alienistas. Os simuladores, cujas implicações com a justiça criminal estão quase sempre presentes, exigem urgente especificação que, separando-os dos demais, permita a observação de seus sintomas. Vinculação entre crime e loucura que se constitui como argumento para reivindicar um espaço especial para tais casos: "enquanto não estiverem terminadas as acomodações, de que a ilustre administração ocupa-se atualmente, não perderei de vista a perigosa classe dos dissimuladores e simuladores, no que o estabelecimento pode prestar relevantes serviços à justiça criminal, quando tiver de conhecer os caracteres distintivos do crime e da loucura"[562].

A crítica ao Hospício de Pedro II está profundamente articulada à reivindicação de um refinamento das classificações existentes no Hospício. Não se trata, entretanto, de finalmente defender uma classificação de acordo com a nosografia psiquiátrica: os loucos continuam a ser repartidos no espaço de acordo com seu comportamento[563].

Classificação dos loucos e distribuição do espaço arquitetônico são dois aspectos de uma mesma realidade. Por um lado, é a organização do espaço que estabelece a classificação: o espaço institucional é gerador de saber; a tipologia desviante é instrumento de luta. Por outro lado, a classificação organiza o hospício, é modelo gestionário: "a classificação metódica e científica

562 *ibidem*. p. 15.
563 O Relatório de 1878 prevê seis seções para cada sexo: agitados, incômodos, imundos, epiléticos, tranqüilos e enfermaria. Cf. p. 16.

é incontestavelmente um elemento de ordem, disciplina e moralidade, donde o médico tira o maior partido para suas indicações e resultados"[564].

Um poder cego

Do bom ordenamento das relações que se estabelecem entre o pessoal que trabalha no hospicio depende o funcionamento eficaz da instituição. Devidamente hierarquizado, um pessoal competente é agente de cura e instrumental de produção de saber a ser reinvestido na cura. A circulação de informações através dessa hierarquia de agentes no interior do espaço institucional, orientada por objetivos comuns de conhecimento e terapia, permite fazer do hospício um corpo transparente ao olhar interventor do médico, situado no ponto mais alto da escala de autoridade.

Reiteração, pois, de antigos princípios. Reiteração que se justifica porque a prática psiquiátrica enfrenta no dia a dia do Pedro II — instrumento privilegiado de sua intervenção e generoso ornamento que o segundo reinado legou às armas de seu humanismo — uma série de obstáculos, zonas opacas.

A começar pelos médicos. Seu número é insuficiente, seu poder não corresponde às tarefas exigidas no estudo e acompanhamento dos casos, o significado de seu penoso trabalho não é devidamente reconhecido: "A divisão dos homens é distribuída em número igual entre dois facultativos clínicos; a secção de mulheres é confiada a

564 *ibidem*, p. 12.

um só médico, que é coadjuvado por um adjunto, o único que me consta existir e em disponibilidade para todas as eventualidades do serviço clínico, como ordena o art. 34 do Regimento Interno. Supõe-se, geralmente, que os médicos deste estabelecimento exercem uma *sinecura*. É uma das muitas injustiças de que somos vítimas. A população do Hospício oscila entre 300 e 350 alienados. Há alguns anos, o número destes infelizes não desce de 300 que é a lotação marcada pelo Aviso do Ministério do Império, em 10 de janeiro de 1859. Não é com um vomitivo nem com cataplasmas que se corrigem os erros do espírito; diversa, difícil e arriscada é a missão do alienista"[565].

Mais tarde, Teixeira Brandão assinalará a necessidade de colocar o médico na posição central que lhe compete em tudo o que se refira à vida asilar. Manifesta-se, ainda uma vez, a demanda de mais poder e a afirmação do princípio de autoridade médica inconteste:

"Seria muito para desejar que o Exm. Sr. provedor ampliasse mais a ação dos médicos, de modo que eles não se limitassem, como até aqui, à prescrição dos agentes terapêuticos.

"Os exercícios metódicos, as distrações e o trabalho, que constituem a base do tratamento moral, deveriam ser ordenados e presididos pelos médicos.

"As indicações do tratamento moral dependem da forma de loucura, das moléstias orgânicas que, sendo as mesmas, podem trazer delírios diferentes, da posição social, do caráter, enfim das particularidades morais do doente; não é possível, portanto, subordiná-las a regras comuns e só a experiência esclarecida do médico pode ser guia seguro na escolha e direção dos meios higiênicos que mais convêm aos doentes"[566].

565 *ibidem*, p. 17.
566 J.C. Teixeira Brandão, *op. cit.*, p. 41.

A autoridade médica, fundada no saber, é garantia de cura, através do tratamento moral. O Pedro II não tem sido, porém, um local em que esta autoridade se faça valer.

Qual o âmbito da ação médica no interior do Hospício? Em 1886, o estabelecimento abriga 308 enfermos. Composto de cinco médicos, o pessoal do serviço clínico é suficiente em número: o atendimento só pode beneficiar realmente um terço dos doentes, pois o restante é de incuráveis. O funcionamento do serviço, no entanto, deixa a desejar. Há três facultativos clínicos e dois médicos internos: "Os facultativos clínicos limitam-se a visitas diárias, às 8 horas da manhã, e a prescrever os medicamentos indicados pelo estado do doente que examinam. Os médicos internos permanecem e dormem no hospício, mas não vêem os loucos senão quando algum acidente grave no curso de qualquer moléstia intercurrente faz recear pela vida desses infelizes, ou quando houve alteração notável na ordem e disciplina do estabelecimento"[567].

Os alienados ficam entregues, na maior parte do tempo, às irmãs de caridade e aos enfermeiros, incapazes de uma observação judiciosa que esclareça o diagnóstico e oriente o tratamento. A presença médica junto ao louco é, pois, rarefeita, ocasional, meramente burocrática, não permitindo que o hospício seja um lugar de conhecimento da loucura e de restabelecimento do doente mental.

Para que o hospício funcione bem, é necessário que o poder se concentre no médico e seja exercido tanto sobre os internos quanto sobre o pessoal administrativo. Uma dupla zona de opacidade — de desconhecimento e de indisciplina, frente ao louco e frente ao governo do louco — se interpõe entre o psiquiatra e o asilo de alienados como instrumento da psiquiatria.

567 *ibidem*, p. 44.

O atraso do Pedro II é fruto da má gestão das relações de poder no interior de seu espaço: "O diretor de um asilo de alienados deve ter direta interferência em todas as determinações que disserem respeito à ocupação, emprego e distribuição dos doentes. Sua influência deve se exercer constantemente sobre todo o serviço e o pessoal incumbido da guarda ou vigilância dos alienados"[568]. A direção do tratamento deve concentrar-se nas mãos daquele que mais sabe e que necessita de um poder correspondente sobre o pessoal para orientá-lo na direção dos objetivos do estabelecimento: "Os empregados do serviço devem agir segundo as indicações do diretor, porque só este conhece tudo o que é relativo aos alienados e qual o concurso que cada empregado pode prestar para a obtenção do fim almejado. Na direção impressa aos diversos empregados reside o meio mais geral do tratamento moral, que atua tanto mais eficazmente quanto mais constante é sua ação"[569].

Os recursos terapêuticos, as drogas e os medicamentos de nada adiantam sem que a influência moral do médico se faça onipresente. Neste sentido, o hospício deve aparentar-se menos a um hospital que a uma escola: "Os asilos de alienados têm muitas analogias com os estabelecimentos de educação; tanto em uns como em outros, são em primeiro lugar as faculdades afetivas que devem ferir a atenção e a solicitude dos que os dirigem, e não é sem contato prolongado e constantes cuidados que será possível imprimir-lhes uma influência salutar. Sem esta atribuição e autonomia, o diretor ficará tolhido nos seus meios mais poderosos de ação"[570].

A demanda de poder no interior do asilo se faz explícita: "Assim, pois, todas as outras reformas se acham subordinadas a esta que é capital: dar autonomia ao

568 *ibidem*, p. 73.
569 *ibidem*.
570 *ibidem*, p. 74.

diretor do serviço clínico, tornando-o diretamente responsável por todas as ocorrências que se passarem no hospício"[571].

Qual o grande obstáculo que, no Hospício de Pedro II, tem enfrentado esse projeto de poder autoritário, fundado na autoridade científica e moral?

O relatório de 78 apontava as deficiências do serviço das enfermarias, a cargo das irmãs de caridade coadjuvadas, na secção de mulheres, por parte das órfãs domiciliadas no hospício e, na secção dos homens, por ajudantes de enfermaria. Quanto a estes últimos, os enfermeiros, o Regimento Interno não estabelecia diferenças baseadas no mérito: "inteligentes ou broncos, com prática adquirida ou bisonhos, humanos ou desumanos, são todos iguais, ganham igual ordenado e têm iguais garantias de estabilidade e de futuro; não concede o merecimento, estímulo de todas as classes"[572].

A necessidade de pessoal competente e compreensivo para a lida diária com os loucos — submetidos a uma disciplina constante que aliena sua liberdade e sujeitos aos caprichos da doença que exige esta disciplina — pode ser suprida com adequado estímulo financeiro: "Se o enfermeiro fosse considerado um empregado de acesso e de aposentadoria, se conforme seus merecimentos, seu pequeno ordenado crescesse em períodos bi-anuais, e se um montepio garantisse um futuro no caso de inutilizar-se no serviço do hospício, resultaria daí uma série de benefícios recíprocos"[573].

A ausência de estímulo no trabalho e o despreparo dos enfermeiros geram, em suas relações com os alienados, violência, luta, morte. Uma experiência de excessos que, ao mesmo tempo, interessa e repugna a uma administração racional da população asilar.

571 ibidem, p. 75.
572 G.B. de Moura e Câmera, *op. cit.*, p. 29.
573 *ibidem.*

Violência física: "Um enfermeiro em luta com um doente vazou-lhe um olho, não se podendo determinar se foi um fato de mera casualidade ou se entrou nisto execrável brutalidade da parte do enfermeiro... Freqüentes vezes poderá encontrar V. Ex., neste hospício, enfermeiros com largas contusões: como é natural, houve luta e o alienado, que contundiu, não ficou impune. Compreende V. Ex. que perigo vai dentro de um estabelecimento de tal ordem, se não reinar nele muita força moral da parte dos agentes encarregados do serviço" [574].

Suicídio, que aponta para falha de vigilância: "Houve um suicídio em um alienado de paralisia geral adiantada. Fiz as pesquisas necessárias e cheguei ao conhecimento de que o caso foi inevitável. O alienado não tinha, até então, revelado idéias de suicídio e dificilmente movia-se do leito" [575].

Evasão, porque não há possibilidade de impedir a fuga: "O alienado, que tiver intenção de fugir, oculta-a para melhor executá-la, mostra desejos para trabalhos de horticultura, e achando-se lá, está na rua; o portão está freqüentes vezes aberto e não há vigilância para confiar-se demasiadamente nesse ponto de trabalho. Sou de opinião de empregar os alienados em trabalhos de lavoura, e tudo quanto puder distraí-los; pronuncio-me, porém, contra a maneira porque ele é feito, apesar de estar essa parte sob a direção de outro serviço" [576].

Monopólio do poder e da informação por parte das religiosas, emprego da pura força física na relação com os alienados por parte dos enfermeiros, conluio entre religiosas e enfermeiros contra os médicos, eis o que caracterizou, aos olhos de Teixeira Brandão, o fun-

574 *ibidem,* p. 31.
575 *ibidem.*
576 *ibidem,* p. 32.

cionamento do Hospício de Pedro II até as proximidades da República.

"Ao tempo das irmãs de caridade, diretoras de fato do estabelecimento, porque tudo estava a elas subordinado, desde o último empregado até o diretor do serviço sanitário, o que ocorria ficava sepultado no maior sigilo.

"Quando, porventura, o médico, por um acaso providencial, não surpreendia os delitos, os pobres alienados saíam das *casas-forte para a vala dos cemitérios, como se fossem vítimas de um ataque*" [577].

Suprema anomalia: as verdadeiras informações só poderiam ser colhidas pelos médicos diretamente junto aos loucos. "Os enfermeiros, que as irmãs admitiam e despediam ao seu bel-prazer, ficavam a elas ligados pelo fanatismo, quando a convivência prolongada e os socorros que mutuamente se prestavam para aliviar os sacrifícios impostos à carne pela reclusão e abstinência forçada não estabeleciam entre uns e outros uma solidariedade inquebrantável. Nessa conjuntura, bem se vê, os doentes só podiam contar com o médico e este só podia obter informações, *dignas de fé, dos próprios doentes alienados*" [578].

Na busca de uma total medicalização do hospício, Teixeira Brandão resolve trazer a público um fato antigo, ocorrido em 1874: trata-se do assassinato de um interno que, por si só, fundamenta as críticas do médico e ampara as reivindicações e defesa de uma nova administração. Vale a pena transcrever o documento dos médicos do asilo, que retrata o conflito que opõe as irmãs, que acobertam os enfermeiros, aos médicos, defensores dos loucos.

[577] J.C. Teixeira Brandão, *Questões relativas à assistência-médico-legal a alienados e aos alienados*, 1897, p. 31.
[578] *ibidem*.

"Ilmo. Sr. Dr. Ignacio Francisco Goulart — Em resposta ao ofício reservado de 28 do próximo passado e em que V. S. nos pede que do mesmo modo o informemos circunstancialmente sobre o que ocorreu em 17 do supracitado mês, com referência ao infeliz Sant' Anna, recolhido em tratamento neste hospício, cumpre-nos declarar-lhe que no dia 18, quando passávamos a visita diária, ao entrarmos no corredor em direção ao salão do lado de este do edifício, aí encontramos a irmã de caridade, enfermeiros e alguns alienados lúcidos, na fisionomia dos quais, bem como da referida irmã e principalmente dos enfermeiros, notamos um quê de extraordinário, que despertou a nossa atenção.

"Dirigindo-nos à irmã para sabermos como tinham passado os doentes, começou ela por dizer-nos que o alienado Sant'Anna tinha tido um ataque; e ao mostrarmos nós o desejo de saber a natureza dele, observamos que ela, antes de nos responder, fez retirar os alienados lúcidos, que nos acompanhavam, para então dizer-nos que o dito alienado tivera um acesso de fúria na véspera, durante o qual *houve uma batalha* (sic) entre o mesmo louco e o enfermeiro Antonio de Oliveira, da qual este saiu ferido, e nessa ocasião nos mostrou o enfermeiro que com efeito achava-se com o dedo polegar ofendido.

"Em conseqüência da luta, referiu-nos ainda a irmã, se vira obrigada a mandar aplicar a camisola ao alienado, e encerrá-lo na casa-forte, encontrondo-o hoje, 18, com o ataque. .

"Vendo nós a hesitação com que a irmã expunha o fato e a precaução que tomou de fazer retirar os alienados que nos podiam ouvir, assim como a alteração de sua fisionomia, e a dos outros indivíduos presentes à visita, depois de termos examinado o doente então sem camisola, e verificado quanto mencionamos no corpo de delito, e que ato contínuo passamos às mãos do Il. Sr. mordomo, procuramos indagar de al-

guns alienados, nos quais os períodos lúcidos são de grandes intervalos, se sabiam ou tinham presenciado alguma coisa por ocasião de ser o Sant'Anna metido na camisola, quando estava com acesso de fúria, do qual nos falou a irmã.

"Um deles afirmou a um de nós (Dr. Silva) que Sant'Anna, pela resistência que opunha ao aplicar-se-lhe a camisola, tinha sido muito maltratado com pancadas pelos enfermeiros.

"Um outro disse (ao Dr. Nunes) que às três e meia horas, pouco mais ou menos, do dia 17, ouvira grande alarido no lado oposto (casa de banhos) ao em que ele se achava e, dirigindo-se para lá, vira a luta de Sant'Anna com o enfermeiro, cujo nome ocultou, e que tivera lugar a princípio no pátio do edifício com um só enfermeiro, e tanto o louco como o enfermeiro lutavam e se ofendiam mutuamente sem vantagem alguma em superioridade de forças, mas que com a chegada dos outros enfermeiros tinha sido o louco trazido a pontapés e socos até perto da casa-forte, onde, por continuar a resistir, não consentindo que lhe aplicassem a camisola, um dos enfermeiros gritava: dá na boca do estômago, na cabeça para ele perder os sentidos, o que foi feito, conseguindo eles deste modo dominar o louco e aplicar-lhe a camisola.

"Cumpre-nos observar que esse alienado lúcido, que com muito receio tinha fornecido ao Dr. Nunes aquelas informações, se desdisse em nossa presença, quando no dia seguinte o interrogamos de novo sobre o ocorrido, declarando apenas que só tinha visto o Sant'Anna furioso resistir aos enfermeiros e estes darem-lhe pancada, porém que o alienado não falecera delas, mas sim da *grande cólera* de que estava possuído, conseguindo finalmente os ditos enfermeiros aplicar-lhe a camisola, e pô-lo na casa-forte.

"Esta contradição nos faz acreditar que o dito alienado lúcido foi compelido mais tarde por alguém a não nos dizer a verdade.

"Eis aqui o que pudemos colher da lamentável ocorrência do dia 17 do passado. V. S. sabe melhor do que nós com quantas dificuldades se luta quando se quer descobrir a verdade de qualquer acontecimento grave no hospício; por isso desculpará o pouco que lhe podemos fornecer — Hospício de Pedro II, 2 de fevereiro de 1874. — Dr. Luiz José da Silva. — Dr. José Custódio Nunes.

"*Adendo* — Cumpre-me declarar que uma minuta feita sobre este objeto, e que estava em minha algibeira, por descuido, creio, caiu na enfermaria e não a encontrei mais. — Dr. Luiz José da Silva" [579].

Nesse campo de batalha onde se alinham facções irreconciliáveis, como estabelecer uma paz duradoura que permita a ordenada e disciplinadora extração da verdade da loucura?

A crítica ao pessoal como empecilho ao funcionamento medicalizado do hospício é ampliada e radicalizada por Teixeira Brandão. Tal crítica recai sobre o serviço sanitário e administrativo e dá ênfase à presença, mais que inoperante, prejudicial das irmãs de caridade. Estas, dedicadas a funções religiosas, detêm, no interior do asilo, um poder ao mesmo tempo incompetente, exorbitante e arbitrário. Segundo o autor, a instauração da República, estatizando o hospício e entregando a uma administração leiga, pôs cobro a tais desordens.

"Entregue às irmãs de S. Vicente de Paulo, (o hospício) assemelhava-se mais a um convento do que a um hospital.

"De manhã à noite, os cânticos religiosos confundiam-se com o alarido dos loucos entregues a enfermei-

[579] Cf. cit. *in* J. C. Teixeira Brandão, *Questões relativas...*, p. 32-34.

ros boçais, enquanto as irmãs de caridade cumpriam os preceitos impostos nos estatutos da congregação"[580].

Uma determinação externa — a das obrigações religiosas — afetava e desvirtuava a lógica própria que deveria presidir a organização e o funcionamento de um asilo para alienados.

O governo das irmãs, governo soberano, caracteriza-se como exercício de um poder arbitrário que alija a figura do médico do centro das decisões: "Dispondo das chaves do estabelecimento, faziam o que queriam, dando ingresso e saída a quem bem lhes apetecia: até 1887, reinavam no hospital como soberanas, não admitindo admoestações nem conselhos" [581].

Impossível, nestas condições, implantar a necessária cadeia hierarquizada de relações entre o pessoal do hospício, condição de possibilidade para que a extração e transmissão de informações convirja para o corpo médico, em especial o diretor do estabelecimento:

"Os diretores e os médicos ficavam adstritos às informações que as irmãs lhes ministravam. E se algum deles ousava, suspeitoso, inquirir de algum fato que não lhe parecia regular, ouvia insultos que não podia repelir" [582].

Assumindo a direção interina do estabelecimento, Teixeira Brandão cerceia muitas das atribuições das irmãs. Em 1890, elas se retiram do Hospício e são substituídas, com grande proveito no dizer do médico, por enfermeiras leigas, contratadas na Europa.

É a vitória da moral laica, através das disposições do novo regulamento: "Deixando as irmãs de caridade os serviços econômicos, retirando-as da secção dos alienados, onde não podiam continuar por motivos de fácil intuição, o regulamento tinha em vista incumbir do serviço das enfermarias pessoas idôneas, sem falsos preconceitos religiosos, assim como realizar uma medida pela qual combateram todos os diretores do hospício, que não puderam jamais compreender como na secção de homens, onde as explosões do erotismo não são raras, mulheres teimassem em persistir" [583].

Se a moral laica é um argumento, a nova prática que se procura implantar é resultado de uma consideração política que ultrapassa as fronteiras do asilo e põe em confronto o poder de Estado e o poder clerical. A questão é explicitamente política, tanto interna quanto externamente, querendo isto significar que a questão do louco no asilo será sempre referida a um contexto maior e tomará as cores desse contexto — na época, o ultramontanismo, os ecos da questão religiosa. Sua discussão, a discussão sobre a organização e o funcionamento do espaço asilar, ganhará suas últimas dimensões quando remetida aos problemas gerais de organização e funcionamento da sociedade e do Estado, dando consistência às diferentes táticas médicas e não-médicas que operam sobre o corpo e a conduta do doente mental. Ao contestar às irmãs de caridade o direito de se intrometer em serviços hospitalares, pretende Teixeira Brandão cumprir "o dever humanitário e o dever cívico de chamar a atenção do governo para os perigos que podem advir do poderio do reacionarismo ultramontano, do qual elas são meros instrumentos passivos" [584].

O clericalismo, na forma do lazarismo, é um perigo político presente não apenas no hospício mas em toda a sociedade. Em apoio de sua argumentação, Teixeira Brandão cita o relatório de um ex-diretor da casa, ainda no Império, ao provedor da Misericórdia: "Se V. Ex., como eu, testemunhasse as contínuas visi-

580 J.C. Teixeira Brandão, *Questões relativas...*, p. 16.
581 *ibidem.*
582 *ibidem*, p. 17.
583 *ibidem*, p. 53.
584 *ibidem*, p. 54.

tas dos referidos padres ao hospício, convencer-se-ia também que naquele asilo de alienados, que a proteção imperial fundou, no dia da sagração, existe uma efervescência congreganista, que se dilata por essas muitas associações em que não se trata de fazer o bem somente, mas de vincular o futuro da nossa pátria ao poderio da mais temível das corporações religiosas" [585].

A questão política subjacente ao funcionamento de um asilo de alienados é, desta forma, tratada publicamente. Tática de legitimação técnica e científica da instituição psiquiátrica, até que esta seja capaz de erguer em torno de si uma armação de silêncio que permita tratar intra-muros o problema do governo de uma população irresponsável e rebelde — os luocos — ao abrigo de pressões incompetentes e inconvenientes. Até lá, um longo caminho que passa, por exemplo, no final do século XIX, pela exclusão das religiosas do cenário asilar, pois representam nele a interferência de um elemento de irracionalidade político-administrativa.

Da crítica ao funcionamento do hospício — à competência e idoneidade de seu pessoal — decorre a crítica ao estabelecimento como agente de cura e agência de produção de saber.

Citando, ainda, o relatório do ex-diretor do estabelecimento, Teixeira Brandão mostra a necessidade de um asilo terapêutico, justificativa interna, imediata e manifesta, de seu funcionamento: "Quanto prosperaria o hospício se, em vez de ser, como é, uma anomalia hospitalar lastimosa, fosse uma casa de tratamento de alienados, onde o serviço sanitário emergisse com o brilho de nossa missão profissional e com a serenidade augusta da abnegação feminina?" [586].

585 Cf. cit. *in* J.C. Teixeira Brandão, *Questões relativas...*, p. 57.
586 *ibidem.*

Paradoxalmente, o hospício — que, em teoria, é por si mesmo instrumento terapêutico, lugar de correção da anormalidade — tornou-se, pelas condições de sua implantação no Brasil, uma aberração, um corpo anômalo, submetido a potências estranhas que fizeram dele local secreto de repressão violenta, de ignorância e de vício, agravo e não alívio do mal físico e moral.

As condições do pessoal e as condições materiais não facilitam a tarefa da cura. O trabalho é um poderoso auxiliar do tratamento moral. Quais as oportunidades de seu exercício? "No Hospício habitam 196 homens; posso afiançar a V. Ex. que pelo menos 100 estão nas condições de trabalhar; entretanto as oficinas estão cheias de alienados que, em desordem, vagam em todas as direções; não há matéria-prima indispensável para o trabalho, faltando este, que é a mola real da ordem, da moralidade e da disciplina. Apenas um faz vassouras, outros colchões e dois trabalham com atividade no ofício de sapateiro e um em marcenaria" [587].

Há ainda os que trabalham na chácara, mas existe aí o perigo de evasão. Improdutivos e ociosos, os alienados não encontram, no hospício, meios de cura: "Na secção de tranqüilos muitos têm desejo de trabalho mas a falta de provisão par as oficinas obriga a ocupá-los na limpeza do edifício, o que não pode ocupá-los o dia inteiro" [588].

Parte dos loucos é empregada no serviço de limpeza e manutenção do asilo. Além da lavanderia, as mulheres dedicam-se a trabalhos de costura. Em geral, o produto do trabalho dos alienados não reverte em benefício próprio: "Além das vantagens terapêuticas do trabalho deve ter-se em mira a formação de um pecúlio proporcional ao trablho de cada alienado, esta

587 G.B. de Moura e Câmera, *op. cit.*, p. 38.
588 *ibidem*, p. 39.

esperança vivamente o interessa, e este o conservará distraído, disciplinado e esperançoso em seu posto"[589].

Enfim, a biblioteca não se abre todos os dias, e o estabelecimento não conta com uma secção de música e dança. Esta a situação do Hospício retratada pelo relatório de 78 que contraria a experiência dos grandes estabelecimentos para alienados em todas as partes do mundo civilizado. Sem ocupação para seus internos, o hospício não pode fazer reinar a disciplina: "a boa ordem e moralidade de um asilo, sem o trabalho, são idéias que se repelem" [590].

Deficiente quanto ao tratamento, o hospício é incapaz de gerar conhecimento, de constituir-se em aparelho de extração e produção de saber.

No relatório de 78, o diretor pede a criação do cargo de interno. Este cargo poderia ser preenchido por estudantes dos últimos anos do curso de medicina. É uma forma de articular o Hospício à Faculdade: "A distância que separa o Hospício da Faculdade de Medicina e a maneira do ensino com aulas diárias, talvez seja um inconveniente a atender, um embaraço ao nosso fim, privando-nos de tão útil recurso, que se poderia mais facilmente encontrar na classe acadêmica, ávida de saber" [591].

A carência de aparelhamento necessário à pesquisa parece total:

"Levo ao conhecimento de V. Ex. o meu pesar por não possuir em um estabelecimento tão importante uma sala suficiente para as exigências das autópsias e investigações microscópicas.

A carência de aparelhamento necessário à pesquisa e desprovida de tudo que é necessário para trabalhos de tal ordem.

589 *ibidem.*
590 *ibidem,* p. 40.
591 *ibidem,* p. 20-21.

"Não há instrumentos para autópsias, nem microscópio para os estudos, que formam a base de conhecimentos especiais da patologia mental" [592].

O Hospício de Pedro II não acompanha os progressos que a ciência psiquiátrica vem obtendo nos centros mais adiantados. Os doentes não são objeto de observação rigorosa. Como vimos, o asilo não conta, no serviço sanitário, com pessoal habilitado para tanto. Tal o motivo de "não ter ainda o Hospício, apesar de quarenta anos de existência, dado lugar à produção de um trabalho médico de valor" [593].

Instruções de 1881 conferiram aos médicos que trabalham no estabelecimento atribuições de igual peso Distribuição de poderes que divide o corpo médico e afeta não somente o processo contínuo de adaptação do tratamento à sintomatologia que o paciente vai apresentando, mas a própria coleta de observações, seu registro e o trabalho científico em geral: "O receio de malquistarem-se uns com os outros, de ofenderem-se reciprocamente, alterando prescrições que, por circunstâncias acidentais, não têm mais cabimento; de melindrarem alheias suscetibilidades, indicando a conveniência desta ou daquela observação, quando todos pertencem à mesma categoria e hierarquia científica, foi-lhes arrefecendo o zelo pelo serviço, que já não lhes desperta curiosidade e interesse. Tanto isto é verdade que ainda não existe, em um estabelecimento importante como é o Hospício, um arquivo clínico, nem indícios de que jamais se tivesse tentado coisa semelhante!" [594].

A estatística médica não penetrou no organismo asilar: "Não há também uma estatística por onde se possa julgar da influência da idade, do sexo, da profissão, de todas as causas enfim que ordinariamente

592 *ibidem,* p. 21.
593 J.C. Teixeira Brandão, *Os alienados no Brasil,* p. 44.
594 *ibidem,* p. 44-45.

provocam o aparecimento das moléstias mentais; nem meio algum que demonstre qual o regime e método de tratamento que melhores resultados hão produzido" [595].

Em resumo, o hospício não é instrumento de saber e de cura porque, em primeiro lugar, falta-lhe uma nítida hierarquia de poderes que estruture as relações fundamentais de seu pessoal e, em segundo lugar, carece de condições materiais e técnicas adequadas. O problema da distribuição interna de poder prevalece, porém, sobre a questão técnico-científica: "Não é na falta de aparelhos hidroterápicos e eletroterápicos, como acredita muita gente, que supomos residir a principal causa do atraso do Hospício, mas na organização do serviço médico e, principalmente, nas funções do diretor. Com algum sacrifício pecuniário, a administração poderá adquirir todos os instrumentos indispensáveis ao tratamento das afecções mentais, poderá reformar algumas das divisões do Hospício, colocando em melhores condições higiênicas, mas nem por isso terá destruído o vício radical que se opõe ao seu adiantamento científico" [596].

Como assinalamos, só a figura do médico-diretor, no topo de uma estrutura hierarquizada de poder, é garantia de transformação funcional do hospício em máquina geradora de tratamento eficaz e conhecimento verdadeiro. A questão do funcionamento interno do hospício se origina da questão política que lhe empresta significado e é dentro desta que deve ser compreendida e resolvida [597].

595 *ibidem*, p. 45.

596 *ibidem*, p. 72.

597 Teixeira Brandão, na já citada comunicação feita à Sociedade Médico-Psicológica de Paris, contraditoriamente elogia o Hospício também sob o aspecto do pessoal e do saber:

"Este estabelecimento se encontra sob a imediata inspeção da administração da assistência pública e seu diretor é um médico.

O Hospício de Pedro II, além de ser alvo de crítica ao nível de sua organização espacial e do pessoal encarregado, também é atacado através da população nele interna. A psiquiatria sempre defendeu o caráter específico de um hospício: deve receber unicamente loucos e ter como objetivos a cura e o conhecimento. A homogeneidade dos internos — todos são doentes mentais — e sua diferenciação interna contrasta, no discurso psiquátrico, com o caos e a aglomeração de personagens absolutamente diversos que existiriam nas

"A administração interna é confiada a um ecônomo, que realiza todos os projetos apresentados pelo diretor e que tem por objetivo o bem-estar e a tranqüilidade dos doentes.

"O serviço médico está sob a vigilância do diretor, que é responsável por tudo que diz respeito aos doentes. O pessoal médico é considerável (...).

"No que diz respeito à higiene dos asilos e ao tratamento dos doentes, empregam-se todos os meios recomendados pela ciência (...).

"O tratamento moral é empregado em toda a sua plenitude.

"Os meios de intimidação foram completamente abandonados e os doentes são tratados com os maiores cuidados por médicos e vigilantes; jamais se aplica qualquer castigo ao doente. Nunca houve acidentes a lamentar, o que prova a boa administração e a ordem deste asilo.

"A camisola está praticamente abandonada e só se recorre a ela em casos excepcionais. Quando os doentes estão excessivamente excitados, são colocados em celas acolchoadas, onde eles ficam sem que nada impeça seus movimentos, até que este estado tenha se dissipado. Os alienados se ocupam de trabalhos manuais. Os trabalhos de agricultura e de jardinagem do estabelecimento são feitos por eles, as mulheres ocupam-se da confecção de pequenos objetos. Permite-se aos doentes grande número de distrações (...)", *in Annales médicoux-psychologiques*, 1874, p. 279-282.

anacrônicas instituições a serem ultrapassadas e enterradas enquanto testemunhos da barbárie humana e do atraso civilizatório.

Mas, passados os primeiros anos, quando a instituição administrada pela Santa Casa da Misericórdia já está em pleno funcionamento, as críticas logo se sucedem procurando mostrar que o hospício não cura e não produz conhecimento. Entre outros, a população que nele habita é apontada como um dos motivos para o seu mau funcionamento. Loucos curáveis e incuráveis. loucos e não loucos convivem sob o mesmo teto. Produzindo diferenças e determinando lugares para a partir deles realizar uma boa gestão, a psiquiatria denuncia o erro em que o hospício está incorrendo.

A criação do Hospício foi acompanhada por uma dupla especificação: ele só deve receber loucos e, dentre os loucos, só os curáveis. O Regimento Interno de 1858 determina que não devem ser admitidos os reconhecidos como "idiotas, imbecis, epiléticos ou paralíticos dementes, que se reputam incuráveis e podem viver inofensivos no seio da família" [598]. Mas, talvez por ser a única instituição para alienados no Império, talvez por suas especificações não corresponderem à percepção social do louco [599], o fato é que esta população ideal do Hospício parece não estar nele presente. Os documentos médicos atestam uma maioria esmagadora de incuráveis. Em grande número são enviados para

598 capítulo X, "Da admissão e saída dos alienados".
599 O *Archivo Médico Brasileiro*, no volume 1847-48, p. 26, seção de variedades, publica um pequeno artigo intitulado "Dos alienados" que, referindo-se a um artigo do médico José Pereira das Neves que assegura ser o edifício em contrução na Praia Vermelha destinado somente aos acometidos de moléstias mentais, critica uma proposta não médica de utilizar tão vasta construção para abrigar qualquer tipo de doente, particularmente os surdos-mudos, cegos e mesmo, segundo alguns, órfão dos servidores do Estado.

o Hospício por se terem tornado incômodos para a família e a coletividade, quando as possibilidades de cura já não mais existem. Outros são internados nos últimos dias de vida. Em 1877, permaneciam no Hospício alienados de 1848 [600]; em 1886, é de 2/3 a proporção de incuráveis [601]. Tirando o lugar possível de loucos curáveis [602], estes doentes transformam o Hospício em uma instituição caritativa, que acolhe aqueles que nunca mais poderão exercer uma atividade útil à sociedade. Estes doentes devem ter um local específico para eles, capaz de bem administrar a incurabilidade. A cada diferença, uma organização [603].

A presença de incuráveis, se bem que criticada, ainda não desvirtua a característica do Hospício como instituição para os loucos. Existe entretanto outra presença, esta sim totalmente heterogênea: a Santa Casa, que administra o Recolhimento das órfãs, domiciliouas no Hospício e elas — em média de cinqüenta — passaram a ajudar as irmãs de caridade na enfermaria das mulheres. As órfãs — que ironicamente diz o médico Teixeira Brandão estarem sendo educadas de modo edificante na convivência de alienados que não primam pela decência e comedimento da linguagem [604] — explicitam, em sua existência não louca, o funcionamento secundariamente medicalizado do Hospício. Aspecto que cada vez mais será enfatizado ao constituir-se como uma das bases de ataque à relação da Santa Casa com o Hospício.

A relação entre o Hospício de Pedro II e os loucos do Império é insuficiente qualitativa e quantitativamente: não só nele o tratamento não é o desejável,

600 Cf. B.B. de Moura e Câmera, *op. cit.*, p. 23.
601 Cf. João Carlos Teixeira Brandão, *Os alienados no Brasil*, p. 43.
602 Cf. G.B. de Moura e Cymera, *ip. cit.*, p. 24.
603 *ibidem.*
604 J.C. Teixeira Brandão, *Questões relativas...*, p. 16.

como também é pequeno para servir de referência obrigatória para todos que têm no louco um problema. O hospício não pode disciplinar a percepção social do louco. Prova disto é o Asilo de Mendicidade e a Casa de Correção, onde a autoridade prende o louco que perturbou a tranquilidade pública.

No Asilo de Mendicidade, são depositados todos os que "não tinham domicílio ou não sabiam dizer onde era ele" [605]. Crianças, velhos, vagabundos e alienados — população especificada no Regulamento de 1884. Com o tradicional horror médico à mistura de diferenças, Teixeira Brandão retrata o Asilo: "Crianças, velhos, loucos e vagabundos, homens e mulheres, vivem aí uma promiscuidade revoltante. A atmosfera do Asilo é empestada pelas emanações que se desprendem de todo esse acervo de indivíduos andrajosos, imundos, aos quais tudo falta, até água para banharem-se. Por leitos não têm senão tábuas, sem colchões nem travesseiros; nem ao menos coberturas que lhes ocultem a nudez e os resguardem dos rigores do inverno!

"Os loucos agitados são metidos em caixões de madeira, onde permanecem nus e expostos às intempéries!

"(...)

"As cenas que resultam de uma tal aglomeração são realmente indescritíveis. Ainda ninguém se lembrou de devanear um cenário com tão diferentes atores.

"Que polícia pode haver em estabelecimento de tal ordem? Como é possível conciliar elementos tão heterogêneos?" [606].

A Casa de Correção também abriga loucos criminosos e criminosos que enlouqueceram, tendo sido construídas cinco celas para seu isolamento. Fora da cidade, na província do Rio de Janeiro e nas outras províncias, as prisões abrigam grande número de alienados que, "por perturbarem a tranqüilidade pública" [607] são encarcerados.

A existência de população louca fora do hospício atesta a ineficácia da existência de uma instituição única com as características do Hospício de Pedro II, isto é, privada e fechada sobre si mesma: a autoridade pública não pode utilizar o Hospício para internar qualquer louco, tendo antes que passar pelas instâncias restritivas da Santa Casa; o Hospício não é legalmente reconhecido como o único local apropriado para internação.

A crítica à insuficiência e ineficácia do Hospício aponta para uma exigência de multiplicação de instituições articuladas que sejam escudadas por uma lei dando aos hospícios a exclusividade de sequestração do louco. Importante é criar hospícios, e hospícios de características diferentes, de acordo com as necessidades impostas aos loucos. Por exemplo, hospícios para curáveis, para incuráveis, para os que cometeram crimes. Importante é criar uma lei que regule a situação do louco na sociedade.

No sentido de difundir a medicalização do louco, a crítica que se volta para o momento de admissão do louco no hospício é de particular importância. Através dela, são abordados problemas como o direito de sequestração, a relação entre louco e família, louco e justiça, louco e psiquiatria, louco e Estado. Fundamentalmente, a admissão torna-se ponto de destaque na crítica ao funcionamento asilar por poder conferir ou não à psiquiatria o mandato social de reconhecimento e destinação do louco.

605 J.C. Teixeira Brandão, *Os alienadis no Brasil*, p. 47.
606 *ibidem*, p. 49. Teixeira Brandão diz que aos poucos o Asilo de Mendicidade "especializa-se" em recolher loucos: dos 400 rcolhidos, 350 são alienados.
607 *ibidem*, p. 54.

Os Estatutos, de 1852, atribuem ao médico papel secundário na internação. Juiz dos órfãos, chefe de polícia, família e administração da Santa Casa têm a primazia na verificação de que um indivíduo deve e pode ser internado. O capítulo III, "Da admissão e saída dos alienados", estabelece que, para que haja matrícula, deve haver um despacho do provedor da Santa Casa, que por sua vez é condicionado a alguns requisitos: requisição oficial do juiz dos órfãos ou do chefe ou delegado de polícia do distrito da residência do alienado ou do lugar onde for encontrado; a internação também pode ser pedida através de petição do pai, tutor ou curador, irmão, marido ou mulher, senhor do alienado, por eles assinada. Os ofícios de requisição e as petições devem declarar nome, naturalidade, residência, idade, condição civil e estado do alienado, devendo as petições serem acompanhadas por certidão autêntica da sentença do juiz dos órfãos que houver julgado a demência, ou *pelo menos* com atestado do facultativo clínico que certifique a alienação mental. Nos casos de internação urgente ou de ausência de certidão, o suspeito de loucura deve ficar em observação para que se possa determinar a saída ou a matrícula.

Assim como na admissão, também na saída poderes extra-médicos podem decidir sobre a alta, que não significa necessariamente que tenha havido cura. No caso dos pensionistas, quem pediu a internação pode requerer a saída, depois de satisfeitas as despesas. Além disso, os Estatutos prevêem visitas fiscalizadoras do provedor ao Hospício, para verificarem se realmente todos os internos são loucos. Os Estatutos, portanto, não dão ao médico poder absoluto sobre o louco e preservam a possibilidade de outras instâncias sociais decidirem sobre ele.

Já na segunda década de funcionamento do Hospício, os diretores médicos pedem a reformulação dos procedimentos relativos à admissão dos loucos. Geral-

mente lamentando o "caos científico e terapêutico" da instituição, lamentando a impossibilidade de cumprir a função de terapia e conhecimento, a crítica é dupla: os Estatutos são insuficientes e não são cumpridos. Sem uma reforma, que atinja as petições para a admissão, não se poderá nem mesmo conhecer quem são aqueles que aqui chegam. Casos há em que nem mesmo o nome do indivíduo se sabe.

O relatório do dr. Gustavo Balduíno apresenta uma proposta de petição:

"1º — Nome, idade, naturalidade, residência, profissão, estado civil com as possíveis circunstâncias, moléstias anteriores, constituição e suas particularidades antes da invasão da moléstia, temperamento, modificações que apresenta a constituição e temperamento no estado atual, e finalmente o grau de desenvolvimento intelectual e suas idéias sobre religião.

2º — Precisar ou aproximar a época e períodos de incubação, as primeiras manifestações da invasão, os principais sintomas, a forma do delírio e quais as conseqüências que autorizam a seqüestração.

3º — Causa provável da moléstia, antecedentes de família, conduta civil e cuidados dispensados ao doente, quanto ao isolamento e tratamento, da invasão à admissão" [608].

Modelo que, justificado pelo médico-diretor ao nível científico, é de aplicação problemática. Ainda que restrito ao âmbito interno do Hospício — pois é modificação que atinge seus Estatutos — pressupõe uma situação inexistente na sociedade. A extensão das informações exige a presença especializada de um médico competente na família, na administração, na justiça, capaz de fornecer dados precisos; exige um procedimento uniforme por parte de todas as instâncias que inter-

608 G.B. de Miura e Câmera, *op. cit.*, p. 23.

nam o louco — da família à polícia; exige a especificação precisa de quem pode e como pode internar um indivíduo. Exigências que não podem ser atendidas simplesmente com uma reforma estatutária.

A seleção dos internos, a constituição de bom arquivo e boa estatística, a aplicação mais rigorosa e modulada de um tratamento individualizado se inscrevem em uma estratégia política mais ampla. A década de 80 é marcada por uma radicalização crítica, agora pública. Jornais não especializados, como *O Paiz, Diário Oficial,* publicam artigos do médico João Carlos Teixeira Brandão denunciando a situação dos loucos no Brasil, apontando a insuficiência e o isolamento do Hospício de Pedro II na paisagem social. Não pode haver medicalização do hospício sem uma medicalização da sociedade.

Isto não quer dizer que Teixeira Brandão proponha um modelo não asilar de gestão da loucura. Ao contrário. Sua luta procura fazer do hospício a instituição fundamental para o louco e para o psiquiatra, instituição reguladora da percepção social da loucura. Mas, para que o fortalecimento do asilo possa ocorrer, é preciso uma lei que atinja todos os pontos do país e todos os seus membros — ricos e pobres — definindo as condições de seqüestração do louco no asilo e definindo o asilo como local de sequestração do louco. O momento de admissão adquire por isso grande importância: ele é fundamental na batalha política da psiquiatria pela concessão de um mandato social que dê a ela poder sobre o louco. E a ninguém mais. Qualquer internação não sancionada pelo alienista deve ser considerada arbitrária.

Mas o Hospício de Pedro II não tem funcionado como anteparo à arbitrariedade, como obstáculo aos "abusos" praticados contra os loucos. Teixeira Brandão ressalta o caráter restritivo do Hospício no que diz respeito à admissão: só os pagantes, os que enlouqueceram no hospital da Santa Csa, os protegidos — indigentes ou não — têm sua matrícula permitida pelo provedor. Pequeno em relação ao número de alienados existentes, o Hospício ainda faz uma seleção, arbitrária porque regida por categorias como dinheiro e apadrinhamento, impedindo que a autoridade pública utilize suas dependências para "defender a coletividade".

O hospício, portanto, ainda tem permitido arbitrariedade em relação ao louco, ao nível da família, da administração, da justiça. A família detém poder sobre o destino de *seu* alienado, que pode ser internado e retirado do asilo de acordo com as determinações familiares. Nada garante que não haja exploração da situação de uma pessoa que, segundo Teixeira Brandão, é incapaz de gerir sua pessoa e seus bens. A relação louco-família, portanto, funda-se na arbitrariedade.

Ao nível da administração e da justiça a crítica é mais sutil: Teixeira Brandão reconhece o problema que o louco representa para as "autoridades" tentando apresentar uma solução adequada. O Código Penal, nos artigos 10 e 12, regula a relação entre loucura e crime: artigo 10, § 2º — "Não serão criminosos os loucos de todo o gênero, salvo se tiverem intervalos lúcidos e neles cometerem o delito"; artigo 12 — "loucos que tiverem cometido crime serão recolhidos às casas para eles destinadas ou entregues às suas famílias, como ao juiz parecer mais conveniente". Para Teixeira Brandão, disposições parciais, imperfeitas e inobservadas. Parciais porque dizem respeito ao ato criminoso do louco, regulando portanto unicamente a conseqüência da presença livre do "mentecapto". Imperfeitas porque não especificam a presença de um legista competente em alienação para atestar o discernimento do criminoso no momento do crime, porque dão ao juiz um poder excessivo e arbitrário, já que ele não pode saber sobre a conveniência de destinar o louco a uma casa especial ou à família. Inobservadas porque a po-

lícia não procura saber o estado do criminoso, porque não existem casas para eles destinadas, porque a justiça é morosa: "quando porém o exame do delinqüente fosse uma realidade e se pudesse pôr em prática o artigo 12 do Código Penal, a morosidade da nossa justiça seria um empecilho à execução da lei. Ainda este ano tivemos prova disto: depois de uma demora de quatro anos, o Tribunal da Relação mandou sujeitar ao plenário um *alienado criminoso* no mesmo dia em que o autopsiávamos no Hospício de Pedro II" [609]. Apesar de legítimo seu problema — o perigo louco — a solução da administração e da justiça é arbitrária, por seqüestrar o louco sem considerar sua condição de doente mental, e parcial, por deixar de lado uma população louca que não cometeu crime.

A seqüestração do louco é feita em nome da defesa da coletividade. A iminência ou realidade de perturbação da ordem ou moral pública dá à autoridade o direito de seqüestro. Mas, em princípio, a seqüestração representa um atentado praticado contra o princípio da liberdade individual, base da organização social: é atentado às bases do contrato social sendo, portanto, injusta. Necessária mas injusta. Esta é a contradição que Teixeira Brandão procura mostrar às "autoridades". Contradição que só poderá ser resolvida apelando-se para a psiquiatria, que transforma a reclusão, em si negativa, em bem, em proteção do homem enlouquecido. A psiquiatria faz da seqüestração um ato não arbitrário.

Mas, para tal, é necessária uma modificação: a psiquiatria deve se transformar em instância definidora do estatuto do louco, como doente e como incapaz; portanto, como sujeito a ser tratado e protegido. A condição para que isto possa ocorrer é, segundo Teixeira Brandão, o reconhecimento da psiquiatria e a

609 J.C. Teixeira Brandão, *Os alienados no Brasil*, p. 21.

definição da relação da família, da justiça, da administração e do hospício com o alienista e com o alienado: a lei medicalizada pode resolver este problema.

A importância do louco ser definido como doente e como incapaz, para que não exista mais arbitrariedade, fica clara na luta contra a concessão do *habeas-corpus* aos alienados: "Outra questão que precisa ser convenientemente regulada a fim de que não continuem os abusos, os escândalos e explorações dos alienados com grande vexame dos médicos, é o que diz respeito à concessão de *habeas-corpus* a enfermos ou a suspeitos de alienação mental". Entre os casos citados para exemplificar a possibilidade de abuso, Teixeira Brandão relata o caso de um velho negociante, abastado, em "estado de demência inicial". Sua mulher internou-o em uma casa de saúde. "Um indivíduo que o conhecia e era sabedor de que ele tinha em um dos bancos desta capital avultada soma de dinheiro em conta corrente incumbiu dois advogados de requererem *habeas-corpus* em seu favor. Conseguido esse intento com as facilidades e imprevidências daqueles aos quais já nos referimos, foi o doente posto em liberdade.

"Levado pelo impetrante para fora da cidade, apareceu dias depois na Estação da Estrada de Ferro Central do Brasil, despojado de todos os seus haveres e até das jóias e do relógio que trazia" [610].

A incapacidade do louco deve ser portanto cuidadosamente regulada, para que não se transforme em possibilidade de atentado à liberdade individual. O louco deve delegar sua vida a um elemento idôneo. Não é portanto suficiente dar ao louco o estatuto de doente. É necessário e fundamental dar a ele estatuto de menoridade e fazer destes dois aspectos uma mesma realidade.

610 J.C. Teixeira Brandão, *Questões relativas*, p. 179.

Referindo-se constantemente à legislação européia, em particular à francesa, Teixeira Brandão empreende uma luta por uma lei nacional. Com a proclamação da República, o Hospício de Pedro II é separado da Santa Casa e organiza-se a Assistência médico-legal dos alienados. Mas isto não é suficiente. Segundo Teixeira Brandão, o problema médico só se resolve na medida em que o hospício não é mais restritivo, em que começa a ser possível um tratamento adequado. O problema jurídico do louco porém não está ainda resolvido. Em 24 de abril de 1896, envia um ofício ao Ministro da Justiça pedindo providências que legislem sobre a seqüestração dos loucos. Pouco depois, o presidente da República envia ao Congresso mensagem solicitando "medidas assecuratórias da liberdade individual, da proteção aos alienados e garantidoras de seus bens" [611]. O deputado Gonçalves Ramos apresenta projeto à Câmara. Aprovado pelos deputados, o projeto não passa no Senado, pela oposição de alguns senadores que são contra a estatização do Hospício. Em 1903, Teixeira Brandão é eleito deputado, conseguindo no mesmo ano a aprovação da lei dos alienados. Esta lei faz do hospício o único lugar apto a receber loucos, subordina sua internação ao parecer médico, estabelece a guarda provisória dos bens do alienado, determina a declaração dos loucos que estão sendo tratados em domicílio, regulamenta a posição central da psiquiatria no interior do hospício, subordina a fundação de estabelecimentos para alienados à autorização do Ministro do Interior ou dos presidentes ou governadores dos estados, cria uma comissão inspetora de todos os estabelecimentos de alienados. Esta lei faz do psiquiatra a maior autoridade sobre a loucura, nacional e publicamente reconhecido.

611 *ibidem*, p. 159.

Loucura: uma questão de Estado

A lei de 1903 e a separação entre o Hospício e a Santa Casa da Misericórdia dão origem a debates na Câmara, no Senado, na imprensa, em que os personagens envolvidos são o Estado, a Santa Casa e a psiquiatria, representada sobretudo por Nuno de Andrade e Teixeira Brandão. Em questão a legitimidade da estatização do Hospício e o direito de o Estado intervir em um assunto como a loucura e os loucos [612]. A psiquiatria, apontando seus inimigos como clericais e opositores das instituições republicanas e, portanto, do governo, tem uma posição clara: a estatização é legítima, o que pode ser historicamente provado; a intervenção do Estado é necessária, o que pode ser política e economicamente demonstrado.

A história da fundação do Hospício, sem dúvida organizada de acordo com o objetivo político de me-

612 Machado de Assis, em crônica de 1894, publicada, em *A Semana* retrata este debate, colocando em cena num personagem emudecido: o louco. "Tem-se discutido que o Hospital Nacional de Alienados deve ficar com o Estado ou tornar à Santa Casa de Misericórdia. Consultei a este respeito um doudo, que me declarou chamar-se Duque do Cáucaso e da Cracóvia, Conde Stellaria, filho de Prometeu, etc., e a sua resposta foi esta:

"—Se é verdade que o Hospício foi levantado com o dinheiro de loterias e de títulos nobiliários, que o José Clemente chamava impostos sobre a vaidade, é evidente que o Hospício deve ser entregue aos doudos, e eles que o administrem. O grande Erasmo (ó Deus!) escreveu que andar atrás da fortuna e de distinções é uma espécie de loucura mansa; logo, a instituição, fundada por doudos, deve ir aos doudos, — ao menos por experiência. É o que me parece! é o que parece ao grande príncipe Stellaria, bispo, *episcopus, papam*... O seu a seu dono". *In Obras Completas*, volume III, p. 637, crônica 149.

dicalização, pretende mostrar que a estatização, antes de ser um abuso que atenta contra o princípio da propriedade privada, é absolutamente legítima. Segundo Teixeira Brandão o que houve foi um abuso da Santa Casa, que se apropriou indebitamente de algo que não lhe pertencia, e se José Clemente Pereira propôs ao governo imperial a criação do Hospício, o motivo era que a Santa Casa, assoberbada por dificuldades financeiras, não estava podendo sustentar os alienados que "nesse tempo eram remetidos para um calabouço pertencente àquela confraria" [613]. A proposta visava, portanto, fundamentalmente a aliviar a Santa Casa de encargos pecuniários.

Decretada por D. Pedro sua fundação, o Hospício começou a ser erguido. Segundo Teixeira Brandão, ele não foi construído às custas da Santa Casa: o edifício foi levantado em terrenos adquiridos para tal fim, por escritura pública [614]; edificado com o auxílio de donativos, por meio de subscrições públicas, de dinheiros doados pela munificência imperial, de loterias votadas pelo corpo legislativo, umas destinadas ao patrimônio outras a obras e à manutenção dos alienados [615]. O encargo da construção salvou a Santa Casa de embaraços financeiros pela facilidade com que dispunha dos cofres do Hospício. Depois do decreto de fundação, "as subscrições e donativos avultaram. Os cofres do Hospício regurgitavam, enquanto os da Santa Casa permaneciam em estado de anemia profunda" [616]. O Hospício foi, portanto, construído com os dinheiros públicos.

Em seguida foi determinada, pelo Regimento e Estatutos, a superintendência do Ministro do Império, devendo o Hospício sempre prestar contas ao governo

613 J.C. Teixeira Brandão, *Questões relativas...*, p. 6.
614 Cf. *ibidem*, p. 10.
615 Cf. *ibidem*, p. 41.
616 *ibidem*, p. 11.

do que ocorria. Sendo assim, ao governo compete a posse e a administração superior do Hospício.

Teixeira Brandão tem por objetivo provar que, se houve abuso, foi da Santa Casa: aos poucos ela deixou de prestar contas ao governo; as requisições das autoridades públicas para admissão de alienados começaram a ser indeferidas, pelo veto do provedor [617], a Santa Casa apropriou-se de casas e terrenos que comprara para o Hospício, cedendo-os aos asilos de órfãs e de Santa Teresa. Progressivamente, devido ao poder da Santa Casa — "verdadeiro Estado no Estado", tendo seus provelores enorme influência política — e à "tibieza" dos ministros, o Hospício ficou fora da alçada do governo e entregue à Misericórdia [618].

Se historicamente se procura provar a legitimidade da separação entre o Hospício e a Santa Casa, a necessidade da presença estatal é politicamente defendida. Segundo Teixeira Brandão, não se pode confiar a uma confraria atribuições como manter a segurança pública, determinar os casos em que a defesa social exige o sacrifício da liberdade individual, regular a sucessão pela gestão dos bens dos alienados. A relação do Estado com os loucos tem um duplo aspecto: uma, que é de defesa da coletividade contra o perigo representado pelo louco; outra, que é de defesa do louco contra os abusos passíveis de serem praticados pela coletividade, em virtude da "incapacidade" de auto-gestão do louco, no que diz respeito à sua pessoa e bens. No primeiro caso, a atenção volta-se principalmente para o louco pobre, que vaga pelas ruas, e secundariamente para o louco rico, que fica em casa mas também pode representar perigo. No segundo caso, volta-se principalmente para o louco rico, que tem bens a serem admi-

617 Cf. *ibidem*, p. 16 e 48, em que Teixeira Brandão cita o número de casos indeferidos e sua procedência.
618 Cf. *ibidem*, p. 48.

nistrados e que, devido à possibilidade de dano à propriedade do indivíduo que enlouqueceu, devem ser geridos pelo Estado enquanto durar sua incapacidade legal. Mas, o que é fundamental, quando se trata do louco qualquer oposição à sua proteção e tratamento deve ser ultrapassada: daí a necessidade de recorrência ao Estado, que deve se tornar superior à família, às confrarias, a qualquer estabelecimento particular, instâncias que podem fazer do louco objeto de arbitrariedades; o Estado deve poder seqüestrar o louco, alienálo de seus direitos, em nome da defesa coletiva e da liberdade individual, contanto que seja assessorado pela psiquiatria.

Economicamente, Teixeira Brandão procura mostrar ao Estado as vantagens de uma boa gestão da loucura. A questão que se coloca: são os alienados um ônus permanente e inalienável para o Estado? A resposta: a alienação mental tem maiores probabilidades de cura quanto mais cedo for tratada. A demência muitas vezes permite longevidade excepcional. É negligência econômica o Estado só acolher o alienado quando ele está incurável, elemento social que se perdeu, colaborador de menos para o engrandecimento e prosperidade da riqueza pública [619].

Provando que ao Estado cabe a posse e a administração do Hospício, provando a necessidade de sua intervenção para assegurar a proteção da sociedade e do louco, a psiquiatria procura garantir a sua escalada: ela, como instrumento neutro, opõe-se à arbitrariedade possível daqueles que, ao se relacionarem com o louco, só vêem o seu próprio interesse.

A questão que a República aprofunda e radicaliza em relação ao doente mental gira em torno do confronto entre a psiquiatria, que procura se implantar mais

619 *ibidem*, p. 158.

fortemente na sociedade, e as resistências à medicalização que na época são percebidas não como vindas do próprio louco mas de tudo que, não tendo qualificação médica, vem disputar o seu domínio. Trata-se, basicamente, portanto, de denunciar a arbitrariedade que caracteriza a reclusão do louco e a ela opor a cientificidade de uma gestão da vida do doente mental que leve em consideração a natureza específica de seu distúrbio.

O poder médico critica a repressão. Seqüestra-se o louco não para puni-lo, castigá-lo, mas para garantir os seus direitos ao mesmo tempo que para prevenir a sua periculosidade: somente o Estado tem o direito de exercer, apoiado no saber e na prática psiquiátricas, o poder de seqüestração. Por outro lado, seqüestra-se o louco para submetê-lo a uma proveitosa experiência de disciplinarização fundada na ciência: somente a medicina psiquiátrica tem o direito de exercer, delegada pelo próprio Estado, tal poder de recuperação, fazendo retornar o indivíduo à condição de livre sujeito de direito.

Não se trata, portanto, de legalização da repressão, dando a esta legitimidade, mas de transformar a legislação, tirando assim da própria lei a arbitrariedade. A questão do louco, na República, expõe o jogo franco das relações entre o poder de seqüestro e o poder de recuperação. O trabalho negativo do poder — ao seqüestrar o louco — justifica-se legalmente e deve estar armado para tanto. Mas, além disso, é condição de possibilidade para que se exerça a positividade de um poder que restabelece o doente, nele intervindo através de um minucioso conhecimento de observação e aplicação de técnicas adequadas. É isto que é fundamental: tanto o poder de isolar quanto o de seqüestrar são legitimados técnica e cientificamente pela psiquiatria. Por isso, a luta dos médicos é não de legalizar a repressão, mas de medicalizar a legislação.

Medicalização da lei que, neste momento, é condição da normalização do próprio hospício, descoberto como formidável anomalia institucional. Até a República, segundo Teixeira Brandão, que não teme se considerar o Pinel brasileiro, não há medicalização do hospício nem do louco. Crítica que, indignada e inquieta diante de uma realidade adversa, é uma constante nos setores mais avançados da intelectualidade médica. Na luta pela constituição do hospício ela já aparecia, tomando por alvo o tratamento dos loucos na Santa Casa. E, em grande parte, ainda hoje, é repetida fundamentando novas propostas de administração da loucura.

O caráter repetitivo desse discurso — de crítica à espantosa realidade do espaço institucional reservado para os loucos, seja ele público ou privado, e de reafirmação de princípios humanitários para a reordenação terapêutica e científica desse espaço — lhe daria a natureza de uma idealidade utópica, proposta de um paraíso para os doentes mentais, ou de ocultamento dos objetivos não-manifestos da instituição asilar, de pura e simples exclusão repressiva?

O discurso psiquiátrico tem uma eficácia real, além de simbólica. E sua formulação é estratégica. Neste momento — em que nasce o ensino da psiquiatria, em que o hospício se articula com a formação de especialistas e surgem os primeiros psiquiatras que aliam sua importância teórica ao trabalho clínico e administrativo — ele parte de um corpo de médicos em direção ao Estado — com grande retardo inclusive com relação à constituição da medicina social brasileira e à psiquiatria européia — propondo novas formas de administração estatal: suas vitórias mostram que a contribuição que traz à constituição de um novo Estado não é em nada desprezível. Provam-no a criação da Assistência Médico-Legal a Alienados, a estatização do hospício, a lei de 1903, etc.

Centro da psiquiatria do século XIX, o hospício tem em sua estatização uma conquista tática indispensável à estratégia de normalização social.

Se a psiquiatria é inoperante quando o Estado não se define, em seu exercício jurídico-político, como garantidor das liberdades individuais, em contrapartida a gestão estatal de um microcosmo social — a população louca, amostragem da população em geral — exige uma forma disciplinar — econômica e científica — de governo. O caos do espaço asilar deve ser negado constantemente pela crítica que propõe condições para que dele se retire lucro político. Sem um poder técnico-científico, sem a positividade do exercício de poder característico da medicina no interior do espaço asilar não há lucro político possível.

Dois aspectos, porém, estão indissoluvelmente presentes no processo de luta, crítica e aperfeiçoamento da psiquiatria: por um lado, substituir à ação negativa do terror e da exclusão do louco a positividade de uma vigilância ordenada e integradora. A demanda de uma normalização do louco não é uma demanda do corpo social inteiro, mas de uma elite médica que se instala, ao mesmo tempo, dentro e fora do Estado. A indisciplina asilar é, portanto, a oportunidade que tem a psiquiatria de reiterar a racionalidade da disciplina, de defender a conveniência de um espaço experimental onde se testa a eficácia da disciplina, e até da repressão, sobre condutas. Trata-se de uma experiência de governo, e de um governo paternal e autoritário que tem por objetivo medicalizar, mesmo se é incapaz de medicar.

Por outro lado, permite reconhecer no hospício um campo real de luta que demanda um corpo especializado de administradores para uma população asilar composta de mulheres e homens, ricos e pobres, escravos e livres, tranqüilos e agitados, gente culta e gente

bronca. A insuficiência, a ineficácia do hospício não acontecem em pura perda: fazem emergir novamente o discurso que relembra que é sobre o pano de fundo da indisciplina, real ou latente, que se recorta a forma disciplinar. A experiência da anormalidade funda, na observação e intervenção que deve desencadear, a prescrição normativa, o que mantém entre as duas a perpétua tensão de uma correlação de forças.

O discurso psiquiátrico ganha, aqui, uma espessura própria: é nele que se repensam, a cada instante, as condições de possibilidade de implantação, na sociedade, de uma estratégia de normalização que deve fornecer um corpo concreto — no caso o corpo do louco enquanto indivíduo social reduzido à condição de doente mental — à ação do Estado. O governo dos loucos — o governo dos presos, doentes, prostitutas, escolares, soldados, operários — permite a aplicação de técnicas médico-políticas de controle em proveito de um Estado cuja ação legal é medicamente orientada. A ação da norma se desencadeia tanto mais eficazmente quanto mais íntima for a relação entre medicina e Estado: é à luz da ordem normativa que se concebe o progresso da nação.

Se há utopia no discurso médico — que traduz um pensamento ciente da responsabilidade ética de submeter uma população incivilizada a um modelo de dominação — esta utopia deve ser entendida como a imagem projetada de um esquema de governo capaz de enfrentar, através do conhecimento e da intervenção, as dificuldades, resistências e obstáculos colocados por uma população que pretende, permanentemente, escapar a seu controle; por uma população para quem norma é danação.

BIBLIOGRAFIA *

PARTE I: A ARTE DE CURAR OS MALES NA COLÔNIA

Fontes primárias

ANAIS DA BIBLIOTECA NACIONAL — volume 1 a 94, Biblioteca Nacional, Rio de Janeiro, publicados de 1876 a 1974.

ARQUIVO DO CONSELHO ULTRAMARINO — manuscrito, Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro, índice *in Revista do Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro,* tomo 67, 1904.

AZEVEDO, Luiz Paulino da Silva (tradutor) — Arte de conservar a saúde dos príncipes e das pessoas da primeira qualidade como também das nossas

(*) A presente bibliografia contém referência a fontes médicas e não médicas diretamente relacionadas com os assuntos tratados. Nela não se incluem obras de caráter geral sobre história do Brasil.

religiosas. Composta por Bernardino Ramazzino, famoso médico de Módena, e Elogios da vida só- famoso Luiz Corvado, nobre veneziano, Lisboa, famoso Luiz Corvado, nobre veneziano, Lisboa, 1753.

CARTAS RÉGIAS — período 1765-1807, seção de manuscritos da Biblioteca Nacional.

CARTAS RÉGIAS, Alvarás, Provisões, etc. — códice 952, período 1662-1821, Arquivo Nacional.

CORDEIRO, José Pedro Leite (organização) — "Documentos sobre médicos e medicina no Brasil", *in Revista do Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro,* volume 244, 1959.

CUNHA, Antonio Luiz Pereira da — *Representação do Desembargador Ouvidor geral de Pernambuco sobre a criação do Hospital de Caridade do Recife,* 28 de junho de 1798, seção de manuscritos da Biblioteca Nacional.

DOCUMENTOS sobre Hospital Militar — caixa 746, pacote 2, Arquivo Nacional.

DOCUMENTOS sobre Fisicatura-mor — caixa 464 a 480, códices 125 e 145, Arquivo Nacional.

DOCUMENTOS HISTÓRICOS — volume 1 a 110, Biblioteca Nacional, Rio de Janeiro, publicados de 1928 a 1955.

GOMES, Bernardino Antonio — "Resposta que deu o doutor Bernardino Antonio Gomes à proposta da Câmara Municipal sobre as doenças do Rio Janeiro". 2 de janeiro de 1799, *in O Patriota,* volume 1813, nº 2, p. 56-63.

LIMA, José Francisco da Silva — *Documentos e cartas acerca da pestilência da bicha que reinou em Pernambuco e Bahia de 1686 a 1694,* Bahia, 1891.

MARREIROS, Manoel Joaquim — "Resposta que deu o doutor Manoel Joaquim Marreiros à proposta da Câmara Municipal sobre as doenças do Rio de de Janeiro", 1798, *in O Patriota,* volume 1813, nº 1, p. 60-67.

MEDEIROS, Antonio Joaquim de — "Resposta que deu o doutor Antonio Joaquim de Medeiros à proposta da Câmara Municipal sobre as doenças do Rio de Janeiro", 3 de dezembro de 1798, *in O Patriota,* volume 1813, nº 3, p. 3-15.

MENDES, Luiz Antonio de Oliveira — *Determinar com todos os seus sintomas as doenças agudas e crônicas que mais freqüentemente acometem os pretos recém tirados da África, examinando as causas de sua mortandade depois de sua chegada ao Brasil: se talvez a mudança de clima, se a vida laboriosa, ou se alguns outros motivos concorrem para estrago e finalmente indicar os métodos apropriados para evitá-lo, prevenindo-o e curando-o, tudo isto deduzido da experiência mais sizuda e fiel,* 12 de maio de 1793, separata das *Memórias econômicas da Academia das Sciencias de Lisboa,* 1812.

MENDONÇA, Antonio Manuel de Melo Castro e — *Memória relativa ao estabelecimento do Hospital Militar e Jardim Botânico desta cidade,* São Paulo, 14 de janeiro de 1803.

MORÃO, ROSA & PIMENTA — *Notícia dos três primeiros livros em vernáculo sobre a medicina no*

Brasil (estudo crítico de Gilberto Osório de Andrade, introduções históricas, interpretações e notas de Estáquio Duarte), Recife, Arquivo Público Estadual de Pernambuco, 1956.

MORÃO, Simão Pinheiro — *Queixas repetidas em ecos dos arrecifes de Pernambuco contra os abusos médicos que nas suas capitanias se observam tanto em dano das vidas de seus habitantes, circa* 1677, Junde Investigações do Ultramar, Lisboa, 1965: "Tratado único das bexigas e sarampo. Oferecido a D. João de Sousa, composto por Romão Mosia Reinhipo", Lisboa, 1683, *in Notícia dos três primeiros livros em vernáculo sobre a medicina no Brasil,* Recife, Arquivo Público Estadual de Pernambuco, 1956.

PIMENTA, Miguel Dias — "Notícias do que é o achaque do bicho", Lisboa, 1707, *in Notícia dos três primeiros livros em vernáculo sobre a medicina no Brasil,* Recife, Arquivo Público Estadual de Pernambuco, 1956.

PORTUGAL, Alexandre Antonio das Neves — *Advertências dos meios que os particulares podem usar para preservar-se da peste — conforme o que tem ensinado a experiência, principalmente na peste de Marselha em 1720, de Toulon em 1721 e de Moscou em 1771, compiladas por um sócio da Academia Real das Sciencias e por ela mandada imprimir em benefício da Saúde pública, a que se junta o opúsculo de Thomaz Alvares e Garcia de Salzedo sobre a peste de Lisboa em 1569,* Lisboa, 1801.

Proposta da Câmara Municipal do Rio de Janeiro sobre as doenças endêmicas e epidêmicas da mesma cidade, 1798, *in O Patriota,* volume 1813, nº 1, p. 58-59.

Regimento *que serve de lei que devem observar os Comissários delegados do Físico-mor deste Reino nos Estados do Brasil, Lisboa, na oficina de Pedro Ferreira, impressor da Augustíssima Rainha,* 1745, códice 314-1, Arquivo Nacional.

ROSA, João Ferreira da — "Tratado único da constituição pestilencial de Pernambuco", Lisboa, 1694, *in Notícia dos três primeiros livros em vernáculo sobre a medicina no Brasil,* Recife, Arquivo Público Estadual de Pernambuco, 1956.

SANCHES, Antonio Nunes Ribeiro — *Obras,* Coimbra, 1959 (tomo I) e 1966 (tomo II); *Dificuldades que tem um reino velho para emendar-se,* Lisboa, Editorial Inova Limitada.

STUDART, Guilherme — *Documentos para a história da pestilência da Bicha ou Males,* Fortaleza, Tipografia Studart, 1895.

Fontes secundárias

ANDRADE, Gilberto Osório de — *Montebelo, os males e os mascates; contribuição para a história de Pernambuco na segunda metade do século XVII,* Recife, Universidade Federal de Pernambuco, 1969.

ARAÚJO, Carlos Benjamin da Silva — "Medicina e farmácia ao tempo do governo geral", *in Anais do IV Congresso de História Nacional,* volume 8, 1951; *Matéria médica no Brasil do século XVIII,* tese ao primeiro Congresso Brasileiro de História da Medicina, Rio de Janeiro, Ed. A Noite, 1952;

"Figuras e fatos na história da farmácia do Brasil português", *in Revista do Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro,* volume 226, 1955; "O cirurgião-mor José Correira Picanço e o sepultamento nas igrejas", *in Jornal do Brasil,* 18 de maio de 1958; "Médicos brasileiros graduados em Montpellier e os movimentos políticos da independência nacional", *in Revista do Instituto Histórico e Geográfico de Minas Gerais,* volume VIII, 1961.

ARAÚJO, Heráclides Cesar de Souza — *História da Lepra no Brasil,* Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, 1946.

BARROS, Dias de — "Conquistas da medicina brasileira", conferência realizada a 29 de setembro de 1913, *in Anais da Biblioteca Nacional,* volume XXXV, p. 147-163.

CABRAL, Osvaldo Rodrigues — *Medicina, médicos e charlatães do passado,* Florianópolis, Imprensa Oficial do Estado, 1942.

CAMPOS, Ernesto de Souza — *História e evolução dos hospitais,* Rio de Janeiro, publicação da divisão de organização hospitalar, 1944; *Fontes primárias para o estudo da educação e saúde pública em São Paulo no século XVI,* São Paulo, Serviço de documentação do Instituto de Administração, 1948.

CARVALHO, José Coriolano de — *O que sabemos de médicos e farmacêuticos desde a chegada de Martim Afonso de Souza em São Vicente até 1853,* coletânea de separatas da *Tribuna Farmacêutica,* 1954; Curitiba, 1955.

CARVALHO, Pedro Cúrio de — "Histórico da hospitalização militar no Brasil", *in Revista do Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro,* tomo especial consagrado ao primeiro Congresso de História Nacional, parte V, 1914.

DUARTE, Estáquio — "Os primeiros estudos de medicina no Brasil", *in Actas Ciba,* nº 6, junho, 1939.

FAZENDA, José Vieira — "A Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro", *in Revista do Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro,* volume 113, tomo 69, parte I, 1906.

FERREIRA, Felix — *A Santa Casa da Misericórdia Fluminense fundada no século XVI; notícia histórica desde o começo do século XVII, sendo provedor o governador Martin de Sá, até o fim do século XIX, sob a provedoria do Exmo. Sr. conselheiro Paulino José Soares de Sousa,* Rio de Janeiro, 1899 (?)

GOMES, Ordival Cassiano — "Formação e espírito da medicina brasileira no século XVI", *in Anais do IV Congresso de História Nacional,* volume 8, 1951; *História da medicina no Brasil no século XVI;* Biblioteca Brasileira de História da Medicina, Rio de Janeiro, 1974.

LEMOS, Maximiano Augusto d'Oliveira — *História da Medicina em Portugal,* Lisboa, 1899.

LIMA, Américo Pires de — *A situação da Misericórdia da Bahia no fim do século XVII,* Coimbra, Editora Limitada, 1950.

MELLO, F. I. Homem de V. — "Os médicos em 1801", *in Revista do Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro,* volume 64, 1901.

MENESES, Jaime de Sá — *Médicos e cirurgiões do Brasil-Colônia,* Lisboa, separata da Imprensa Médica, n. 18, 1954.

MESGRAVIS, Laima — *A Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (1599?-1884). Contribuição ao estudo da assistência social no Brasil,* tese de doutoramento da U.S.P., São Paulo, 1972. Mimeografada.

MILLIET, Sérgio — "Curandeiros, médicos e farmacêuticos na época colonial", revista *Investigação,* São Paulo, nº 15, março de 1950.

MIRA, M. Ferreira da — *História da Medicina Portuguesa,* Lisboa, Ed. Empresa Nacional de Publicidade, 1947.

NAVA, Pedro — *Capítulos de história da medicina no Brasil,* Rio de Janeiro, separata da revista *Brasil Médico Cirúrgico,* nº 10, nº 11, 1948-1949.

PEDROSA, Manuel Xavier de Vasconcelos — "O exercício da medicina nos séculos XVI, XVII e primeira metade do século XVIII no Brasil colonial"; "O espírito médico no Brasil colonial"; "A medicina dos índios brasileiros", *in Anais do IV Congresso de História Nacional,* volume 8, 1949.

PISA, A. Toledo — "Os médicos dos tempos coloniais", *in* Revista do Instituto Histórico e Geográfico de São Paulo, tomo XX.

REIS, Álvaro A. de Souza — *História da medicina no Brasil. Dicionário histórico, geográfico e etnográfico do Brasil,* Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, 1922.

RIBEIRO, Lourival — *Figuras e fatos da medicina no Brasil,* Rio de Janeiro, Editorial Sul Americano, 1964; *Medicina no Brasil colonial,* Rio de Janeiro, Editorial Sul Americano, 1971.

ROCHA, Leduar de Assis — *História da medicina em Pernambuco,* Recife, Arquivo Público Estadual, 1960 (1º volume), 1962 (2º volume).

RODRIGUES, M. Ferreira Lopes — *Anchieta e a medicina,* Belo Horizonte, Editora Apolo, 1934.

RUSSEL-WOOD, A. J. R. — *Fidalgos and Philanthropists — The Santa Casa da Misericórdia of Bahia (1550-1755),* Londres, Macmillan, 1968.

SALLES, Pedro — *História da medicina no Brasil,* Belo Horizonte, Ed. G. Holman Ltda., 1971.

SANTOS FILHO, Lycurgo — *História da medicina no Brasil,* São Paulo, Ed. Brasiliense, 1947; *Primeiros profissionais da medicina no Brasil: século XVI,* Lisboa, separata da revista *Imprensa Médica,* 1954; "Medicina Colonial", *in História Geral da Civilização Brasileira,* São Paulo, Difel, 1º tomo, 1960; *História Geral da medicina brasileira,* tomo 1, São Paulo, Ed. HUCITEC e Ed. da U.S.P. 1977.

SILVA, Alfredo Nascimento — "A medicina nos tempos coloniais do Brasil, *in Revista Syniátrica,* 8º ano, nº 1 a 8, 1915; "Quatro séculos de medicina no Brasil", *in Jornal do Commercio,* nº do centenário, 1 de outubro de 1927.

SOUZA, José Eduardo Teixeira de — "A medicina antes da organização do ensino médico", *in Comemoração do centenário do ensino médico,* Rio de

Janeiro, Edição da Academia Nacional de Medicina, 1908.

TAUNAY, Affonso de E. — "Médicos e boticários setecentistas", *in Jornal do Commercio,* Rio de Janeiro, 1948.

VOTTA, Raul — *O Regimento do Físico-mor do Reino (1744) e seus efeitos legais em São Paulo relativamente ao exercício da profissão farmacêutica,* Lisboa, separata da revista *Imprensa Médica,* 1959-1960; *A Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de São Paulo nos primórdios de sua existência,* São Paulo, Tip. Irmãos Dupont, 1951.

PARTE II: MELHOR PREVENIR QUE REMEDIAR

Fontes primárias

ABREU, Eduardo Augusto Pereira de — "Qual o meio de melhorar o serviço de saúde do exército", *in Annaes Brasilienses de Medicina,* 1866; *Estudos higiênicos sobre a educação física, intelectual e moral do soldado, escolha do pessoal para a boa organização do nosso exército,* Rio de Janeiro, 1867; *Memórias sobre as causas especiais e gerais do escorbuto no exército e armada,* lidas na sessão da Imperial Academia de Medicina de 26 de agosto de 1867, Rio de Janeiro, 1867.

ABREU, Francisco Bonifácio — *Os homens julgam acertadamente? A organização tem sido prejudicada com a reforma que o capricho dos homens entendeu devia dar ao seu funcionar? O número e a virtude dos medicamentos tem procurado à sociedade os bens que deles se prometia? Qualquer será apto a administrá-los? Os bailes motivam alguma quebra na saúde pública?,* tese à Facudalde de Medicina do Rio de Janeiro, 1845.

ABREU, Thomaz Antunes de — *A medicina contribui para o melhoramento da moral e manutenção dos bons costumes,* tese à Faculdade de Medicina da Bahia, 1839; Tratamento do cólera reinante no Brasil ou breves conselhos aos que forem por ele atacados fora do alcance dos médicos, máxime aos srs. fazendeiros e proprietários... Rio, 1855.

ACADEMIA IMPERIAL DE MEDICINA — ver Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro.

ALBUQUERQUE JUNIOR, Pedro Autran da Mata — *Esboço histórico da discussão da Academia Imperial de Medicina acerca do regulamento dos médicos verificadores de óbitos,* Rio de Janeiro, 1886.

ALEIXO JUNIOR, Antonio Dias Pinto — *As raças, os sexos e as idades imprimem caracteres reais na cabeça óssea? Quais são eles e em que consistem?* tese à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1860.

ALLEMÃO, Francisco Freire — "Discurso sobre medicina e higiene realizado na Academia Imperial de Medicina, 30 de junho de 1838, *in Revista Médica Fluminense,* volume 4.

ALMEIDA, Pedro José — *Algumas considerações higiênicas acerca das habitações,* tese à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1845.

ALVES, Antonio José — *Considerações sobre os enterramentos (por abuso praticados nas igrejas e recinto das cidades; perigos que resultam dessa prática: conselhos para construção dos cemitérios),* tese à Faculdade de Medicina da Bahia, 1841.

AMERICANO, Domingos Marinho de Azevedo — *Memória sobre o estado atual das instituições médicas de França, Prússia e Grã-Bretanha,* Rio de Janeiro, 1845; *Relatório sobre o estado atual do Hospital Militar. Suas precisões e a população enferma durante o ano de 1845,* memória à Academia Imperial de Medicina, Rio de Janeiro, 1846; "Discurso sobre a medicina", *in Annaes de Medicina Brasiliense,* volume 4, 1848, nº 6.

ANDRADE JUNIOR, Bonifácio — *Higiene dos colégios,* tese à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1855.

ANDRADE, Francisco José Rodrigues de — *Dissertação sobre a homeopatia,* Tese à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1842.

ANDRADE, J. C. Rodrigues — *Homeopatia,* tese à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1841.

ANDRADE, Vicente Navarro de — "Parecer dado por consulta do governo imperial acerca da epidemia de Macacu, no ano de 1830", *in Annaes Brasilienses de Medicina,* tomo 11º, 1857-1858.

ANNAES BRASILIENSES DE MEDICINA — 1849-1885.

ANNAES BRASILIENSES DE MEDICINA, artigos não assinados — "Discussão sobre quarentenas e meios de prevenir a importação de moléstias", vol. 9, 1853; "Quais as medidas mais apropriadas para evitar o desenvolvimento do colera-morbus?", agosto de 1856.

ANNAES DE MEDICINA BRASILIENSE, 1842/1849

ANNAES DE MEDICINA BRASILIENSE, artigos não assinados — "Defesa da alopatia", volume 3, 1847; "O charlatanismo em São Paulo, tolerado e protegido pelas autoridades", volume 4, outubro de 1848 e volume 4, abril de 1849 e maio de 1849; "Os médicos no Parlamento — esperanças malogradas", volume 4, outubro de 1848; "Os médicos no Parlamento — esperanças bem fundadas", volume 4, novembro de 1848; "Discussão sobre o estado atual da medicina no Rio de Janeiro", volume 4, outubro de 1848 e volume 4, março de 1849; "O charlatanismo na província de São Paulo", volume 4, 1849; "O charlatanismo e os charlatães no Brasil" (tradução da *Gazette Médicale,* Paris), volume 4, 1849; "A Academia Imperial de Medicina e a repressão do charlatanismo", volume 4, junho de 1849.

ANNALES d'HYGIENE PUBLIQUE ET DE MEDECINE LEGALE, Paris, 1829-1850.

ARAÚJO, Cesário Eugênio Gomes de — *A higiene das prisões, precedida de considerações gerais acerca da reforma penitenciária,* tese à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1844.

ARAÚJO, Francisco Lopes de Oliveira — *Considerações gerais sobre a topografia físico-médica da cidade do Rio de Janeiro,* tese à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1852.

ARCHIVO MEDICO BRASILEIRO — 1844-1848.

ARMONDE, Amaro Ferreira das Neves — *Da educação física, intelectual e moral da mocidade do Rio de Janeiro e de sua influência sobre a saúde,* tese à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1874.

ATALIBA, José Vieira de Faria Aragão — *Conselho de salubridade pública aos habitantes da cidade e província da Bahia,* Bahia, 1847.

AZEREDO, Francisco Antonio — *Da importância e higiene dos hospitais civis,* tese à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1844.

AZEVEDO, Carlos Frederico dos Santos Xavier — *História médico — cirúrgica da esquadra brasileira nas campanhas do Uruguai e Paraguai,* Rio de Janeiro, 1870.

AZEVEDO, Fortunato Correa de — *Quais os lugares que na cidade do Rio de Janeiro e seus arrabaldes são mais favoráveis à saúde? Quais os mais insalubres?,* tese à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1850.

AZEVEDO JUNIOR, Luiz Correia de e José Pereira Rego e Nicolao Joaquim Moreira — *Relatório da comissão nomeada pela Academia de Medicina para analisar o relatório apresentado ao governo pelo engenheiro fiscal junto à Companhia City-Improvements acerca do estado dos esgotos e sua influência sobre a saúde pública,* Rio de Janeiro 1874.

BARCELLOS, Ramiro Fortes — *Das alianças consanguíneas e sua influência sobre o físico, o moral e o intelectual do homem,* sete à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1873.

BLAKE, Augusto Victorino A. Sacramento — "A febre epidêmica na Bahia em 1849", *in Annaes Brasilienses de Medicina,* tomo 5º.

BOMTEMPO, José Maria — *Compêndio de matéria médica, feito por ordem de Sua Alteza Real,* Rio de Janeiro, 1814; *Regulamento interino para a Fisicatura-mor do Império do Brasil,* Rio de Janeiro, 1825; *Regulamento interino para os exercícios da Academia Médico-Cirúrgica do Rio de Janeiro,* Rio de Janeiro, 1825; *Memória sobre algumas enfermidades do Rio de Janeiro,* Rio de Janeiro, 1825; *Trabalhos médicos, oferecidos a D. Pedro I,* Rio de Janeiro, 1825; *Exposição ao público das falsidades e contradições contra ele publicadas no artigo correspondência no nº 3 do Expectador Brasileiro de 1827 assinado pelo dr. Sigaud,* Rio de Janeiro 1827; "Carta", *in O propagador das sciencias médicas,* 1827, 1º volume.

BOTELHO, Joaquim Antonio de Oliveira — *A escravidão,* tese à Faculdade de Medicina da Bahia, 1850.

BOURBON, Isidore — "Higiene: princípios concercentes às profissões", *in Diário de Saúde,* 1835.

BOUSSINGAULT, M. — "Memória sobre a possibilidade de verificar a presença dos miasmas e sobre a presença de um princípio hidrogenado no ar", *in Diário de Saúde,* nº 4, 1835.

BRANDÃO, Antonio Rodrigues de Souza — *Saúde, influência da alimentação,* tese à Faculdade de Medicina da Bahia, 1858.

BRANDÃO, Luiz da Silva — *Qual será mais conveniente, que um escrivão ou o próprio médico escreva seu relatório sobre corpo de delito e qual-*

quer outro assunto médico-legal? etc., tese à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1855.

BRITO, Antonio Fortunato de — *Da temperatura da cidade do Rio de Janeiro e algumas considerações meterológicas e hipométricas,* tese à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1850.

BROUSSAIS, Casimir — *Plan d'un cours d'hygiène,* Paris, 1837.

CALDAS, Claudemiro Augusto de Moraes — *As raças humanas provêm de uma só origem? Medicação anti-sifilítica, etc.,* tese à Faculdade de Medicina da Bahia, 1868.

CAMARA, Gabriel Alcides Rapozo de — *Quais as condições necessárias às habitações para que sejam salubres?,* tese à Faculdade de Medicina da Bahia, 1860.

CAMARGO, Ernesto Frederico Pires de Figueiredo — *Considerações médico-filosóficas sobre a influência do estado moral na produção, marcha e tratamento das moléstias e como contra-indicação às operações cirúrgicas,* tese à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1845.

CÂNDIDO, Francisco de Paula — *Algumas considerações sobre a atmosfera,* tese para a cadeira de física médica na Academia Médico-Cirúrgica, Rio de Janeiro, 1833; "Relatório feito ao governo sobre a enfermidade de Irajá", *in Semanário de Saúde Pública,* nº 145, 1833; "Relatório sobre a memória do sr. Mojon acerca da natureza do miasma colerífico", *in Revista Médica Fluminense,* junho de 1835; "Febres intermitentes", *in Diário de Saúde,* 1835; "Discurso", *in Revista Médica Fluminense,* 1841, volume 1; "Reflexões sobre a morfea", *in Annaes de Medicina Brasiliense,* 1845, volume 1; *Exposição das medidas sanitárias e reflexões acerca da epidemia de febre amarela,* Rio de Janeiro, 1854; *Relatório acerca do cólera-morbus precedido de considerações sanitárias relativas aos portos do Império,* Rio de Janeiro, 1855; *Guia para o povo se dirigir no tratamento, curativo e preservativo do cólera-morbus,* Rio de Janeiro, 1855; *Relatório acerca da saúde pública compreendendo: 1º, a história sucinta do cólera-morbus no Império em 1855-1856, 2º, providências sanitárias que convém adotar-se,* Rio de Janeiro, 1856; *Clamores da agricultura no Brasil,* Rio de Janeiro, 1859.

CASTRO, T. P. — *Charlatanismo médico,* tese à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1841.

CHATEAUNEUF, Benoiston de — "Sistema penitenciário", *in Archivo Médico Brasileiro,* volume 1847-1848.

CHERNOVIS, Napoleão — *Formulário ou guia médico,* Rio de Janeiro, 1868.

COELHO, Francisco Jacintho da Silva — *Considerações médico-filosóficas sobre a mulher,* tese à Faculdade de Medicina da Bahia, 1845.

CORDEIRO, Antonio da Cruz — *Impressões da epidemia,* Salvador, 1850.

CORRESPONDÊNCIA sobre epidemias — Arquivo Nacional, Caixas 481 e 482.

COSTA, Antonio Correia de Souza — *Qual a alimentação que usa a classe pobre do Rio de Janeiro e*

sua influência sobre a mesma classe, tese de concurso à cadeira de higiene, da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1865.

COSTA, Antonio Joaquim Rodrigues da — *Condições que deve reunir uma habitação privada num país quente para ser salubre,* tese à Faculdade de Medicina da Bahia, 1856.

COSTA, Francisco Félix Pereira da — "Moléstias reinantes no Hospital da Marinha", *in Annaes Brasilienses de Medicina,* tomo 1º; *Resumo histórico das moléstias que se trataram no Hospital da Marinha desta Corte (1834-1839),* Rio de Janeiro, 1840; "Relatório das moléstias reinantes tratadas no Hospital da Marinha", *in Revista Médica Fluminense",* volume 4.

COSTA, Francisco de Paula — *Algumas reflexões sobre o charlatanismo em medicina,* tese à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1841.

COSTA, José Cândido da — *Breves considerações sobre alguns pontos de higiene social da cidade de Salvador e sobre as leis do Brasil,* tese à Faculdade de Medicina da Bahia, 1849.

COUTINHO, Cândido Teixeira de Azevedo — *Esboço de higiene dos colégios,* tese à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1857.

COUTINHO, Ernesto de Souza e Oliveira — *Principais linhas de topografia médica do Rio de Janeiro. Qual a influência que sobre a saúde pública desta capital exercem suas condições topográficas?* tese à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1851.

COUTINHO, José Lino — *Topografia médica da Bahia,* Bahia, 1852; *Coleção dos fatos principais na história do cólera-morbus epidêmico,* Bahia, 1833.

CRUZ, Francisco de Meneses Dias da — *Breves considerações sobre a força nervosa,* tese à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1846; *Tratamento do cólera-morbus,* Rio de Janeiro, 1856.

CRUZ JUNIOR, José de Souza Pereira da — *As raças, os sexos e as idades imprimem caracteres reais na cabeça óssea? Quais são eles e em que consistem? Do exercício da medicina e farmácia enquanto à responsabilidade dos profissionais; esboço de uma higiene dos colégios, aplicável aos nossos. Regras principais, tendentes à conservação da saúde e ao desenvolvimento das forças físicas e intelectuais, segundo os quais se devem regular os nossos colégios,* tese à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1857.

CUNHA, Antonio Luiz Barboza da — *Que influência tem produzido a mudança do matadouro de Santa Luzia para São Cristóvão sobre a salubridade destes lugares,* tese à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1854.

CUNHA, Herculano Augusto — *Dissertação sobre a prostituição, em particular na cidade do Rio de Janeiro,* tese à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1845.

DANTAS, Manoel Ladislau Aranha e Malaquias Alvares dos Santos, Felisberto A. da S. Horta — *Higiene Pública. Conselho aos proprietários das fazendas rurais,* Bahia, 1855.

DEVAY, Francis — "Estudos sobre alguns sinais precursores ou pródromos das moléstias graves do cérebro, consideradas debaixo da relação clínica, fisiológica e médico-legal", *in Annaes Brasilienses de Medicina,* volume 6.

DIÁRIO DE SAÚDE, ou EPHEMERIDES DAS SCIENCIAS MEDICAS E NATURAIS DO BRASIL — 1835-1836.

DIAS, João Duarte — *Higiene relativa às diversas condições sociais,* tese à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1844.

DINIZ, Tiago de Albuquerque — *Os morros do Castelo e S. Antonio são úteis ou nocivos à saúde pública? Durante o desmoronamento destes morros correria a cidade algum perigo?,* tese à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1853.

DOWSLEY, John — *Observações sobre a importância da saúde pública sobre a riqueza, poder e prosperidade deste Império,* Rio de Janeiro, 1878.

DUARTE, José Rodrigues de Lima — *Ensaio sobre a higiene da escravatura no Brasil,* tese à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1849.

DUQUE, Francisco Basílio — *Higiene da criança,* tese à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1864.

FARINHA, João Pires — *Bases para o regulamento provisório do Asilo de Mendicidade,* Rio de Janeiro, 1882.

FAZENDA, José Vieira — *Do mefitismo dos esgotos em relação à cidade do Rio de Janeiro e sua influência sobre a saúde pública,* tese à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1871; "Dos esgotos do Rio de Janeiro", *in Revista Médica,* 1873-1874.

FEITAL, J. M. de Noronha — "O misticismo em medicina, ou o charlatanismo misterioso" *in Revista Médica Brasileira,* fevereiro de 1852, nº 10, volume 1; "Duas palavras sobre a homeopatia", *in Annaes de Medicina Brasiliense,* 1846, nº 12, 1846; "O ar atmosférico e sua influência sobre o organismo", *in Annaes Brasilienses de Medicina,* 1853, volume 9; "Cholera-morbus", *in Annaes Brasilienses de Medicina,* 1854, volume 9.

FERREIRA, Clemente Miguel da Cunha — *Sistemas penitenciários,* "Separata de conferências populares", Rio, 1876.

FIGUEIREDO, Carlos Arthur Moncorvo de — *Do exercício e ensino médico no Brasil,* Rio de Janeiro, 1874.

FIGUEIREDO, José Rodrigues de — *Sistema penitenciário na província da Bahia: progressos higiênicos que reclama,* tese à Faculdade de Medicina, da Bahia, 1864.

FODERÉ, F. E. — *Traité de médicine légale et d'hygiène publique ou de police de sante;* Paris, 1813.

FONSECA, Cândido José Coutinho da — *Que ações exercem sobre a saúde pública da capital suas condições de localidade,* tese à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1852.

FONSECA, Joaquim d'Aquino — "Memória acerca das inumações, sepulturas e enterros", Pernambuco,

1845, *in Archivo Médico Brasileiro,* tomo 3º, *in Coleção dos trabalhos do conselho de salubridade da província de Pernambuco,* 1845-1846; *Relatórios acerca do estado sanitário do Recife,* de 1853 e de 1854, Recife, 1855; *Relatório da Comissão de higiene pública de Pernambuco,* apresentado a José Bento da Cunha Figueiredo, presidente da província, 10 de janeiro de 1856.

FORJAZ, Garcia Nunes de Macedo — *Que ações exercem sobre a saúde pública da capital suas condições de localidade?,* tese à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1852.

FRANÇA, Antonio Ferreira — "Parecer sobre as medidas preventivas e de momento contra o cólera morbus", *in Semanário de Saúde Pública,* 1832, tomo 2º.

FRANÇA, Eduardo Ferreira — *Essai sur l'influence des aliments et des boissons sur le moral de l'homme,* tese à Faculdade de Medicina de Paris, 1834, tradução de 1851; *Influência dos pântanos sobre o homem,* Salvador, 1850.

FRANCO, Francisco de Melo — *Tratado da educação física dos meninos,* Lisboa, Academia Real das Sciencias de Lisboa, 1790; *Elementos de higiene (ditames teoréticos e práticos para conservar a saúde e prolongar a vida),* Lisboa, 1814; *Ensaio sobre as febres com observações analíticas acerca da topografia, clima e demais particularidades que influem no caráter das febres do Rio de Janeiro,* Lisboa, Academia Real das Sciencias de Lisboa, 1829.

FRANCO, Justiniano de Melo — *Regulamento para o Hospital Militar da cidade de São Paulo,* São Paulo, 1820.

GAZETA DOS HOSPITAIS DO RIO DE JANEIRO — 1850-1852.

GAZETA MÉDICA DO RIO DE JANEIRO — 1864.

GITAHY, José Muniz Cordeiro — *Da higiene militar do Brasil,* Rio de Janeiro, sem data; *Dissertação inaugural acerca da medicina e do cristianismo e suas relações entre si,* tese à Faculdade de Medicina da Bahia, 1851.

GOMES, Antonio Francisco — *Influência da educação física do homem,* tese à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1852.

GOMES, Carlos Thomaz de Magalhães — *Existe quimicamente falando diferença entre o ar do campo e campo e da cidade?,* tese à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1852.

GUEDES JUNIOR, Joaquim Alves Pinto — *Deve haver leis repressivas do charlatanismo, ou convém que o exercício da medicina seja inteiramente livre?,* tese à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1853.

GUERRA, Domingos Martins — *Os morros do Castelo e S. Antonio são úteis ou nocivos à saúde pública? Durante o desmoronamento destes morros correria a cidade algum perigo?,* tese à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1852.

GUIMARÃES, Antenor Augusto — *Higiene dos colégios,* tese à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1858.

GUIMARÃES, Francisco Pinheiro — *Quais os preceitos que devem presidir a relação das certidões,*

atestados e consultas médico-legais? Diagnóstico diferencial do tifo, febre tifóide e febre amarela. Dos pântanos do Aterrado e sua influência sobre a saúde, tese à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1856.

HOMEM, João Vicente Torres — *Anuário de observações colhidas nas enfermarias de clínica médica da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1868, comentadas pelo dr. João Vicente Torres Homem,* Rio de Janeiro, 1869; *Estudo clínico sobre as febres do Rio de Janeiro,* Rio de Janeiro, 1877.

HORNER, G. R. B. — *Medical topography of Brazil and Uruguay,* 1845.

IMBERT, J. B. — *Manual do fazendeiro ou tratado doméstico sobre as enfermidades dos negros,* Rio de Janeiro, 1839.

JARDIM, David Gomes — *Algumas considerações sobre a higiene dos escravos,* tese à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1847.

JOBIM, José Martins da Cruz — "Reflexões sobre as inumações dos corpos", *in Semanário de Saúde Pública,* nº 11, 1831; "Elogio histórico de Mello Franco", *in Semanário de Saúde Pública,* nº 20, 1831; "Discurso", *in Semanário de Saúde Pública,* nº 51, 1831; *Discurso sobre as moléstias que mais afligem a classe pobre do Rio de Janeiro,* lido na Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, 30 de junho de 1835; "Discurso com que o dr. José Martins da Cruz Jobim abriu o seu curso de medicina legal na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro", *in Revista Médica Fluminense,* nº 1, volume II, 1836; "Discurso sobre o exercício de medicina",

in Annaes de Medicina, nº 10 e nº 11, volume 4, 1849.

JOBIM, José Martins da Cruz e F. de Paula Brito — *Passatempo escolástico ao qual procura-se dar em dois discursos uma idéia exata do que deve ser o verdadeiro médico,* Rio de Janeiro, 1847.

JUNTA CENTRAL DE HIGIENE PÚBLICA — *Regulamento da Junta Central de Higiene Pública,* decreto nº 828 de 29 de setembro de 1851; *Exposição do estado sanitário da capital do Império apresentado ao ministro do Império pelo presidente da Junta Central de Higiene Pública, Dr. Francisco de Paula Cândido,* Rio de Janeiro, 1852; *Relatório do presidente da Junta, Francisco de Paula Cândido, sobre a salubridade da cidade do Rio de Janeiro em geral e da febre amarela em particular,* Rio de Janeiro, 1853; *Conselhos ao povo sobre as medidas higiênicas que deve adotar nos casos de iminência de uma epidemia, ou durante a sua marcha,* Rio de Janeiro, 1878.

LAGOS, Francisco de Paula Pereira — *Dos pântanos existentes no Rio de Janeiro e em seus arrabaldes,* tese à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1853.

LALLEMAND — "Origem da homeopatia", *in Annaes de Medicina Brasiliense,* volume 3.

LAPA, Ludgero da Rocha Ferreira — *Breves considerações acerca do médico,* tese à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1841.

LEAL, Lourenço Ferreira da Silva — *Da topografia e da climatologia da cidade do Rio de Janeiro e sua*

influência sobre a saúde pública, tese à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1872.

LEITÃO, Antonio d'Araújo — *Dissertação sobre a higiene da infância,* tese à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1841.

LEITE, Tobias Rabelo — *Breves considerações acerca da polícia sanitária,* tese à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1849.

LOBO, Roberto Jorge Haddock — "Criação de um novo hospital militar", *in Archivo Médico Brasileiro,* tomo 1º, 1844-1845; "Resumo estatístico da clínica cirúrgica da escola de medicina durante o ano de 1843, seguido de reflexões terapêuticas", *in Archivo Médico Brasileiro,* tomo 1º, 1844-1845; "Reconhecimento da intitulada Escola homeopática pelo governo de S. M. Imperial-necessidade urgente de um congresso médico", *in Annaes de Medicina Brasiliense,* volume 1, 1846; "Necrologia da cidade do Rio de Janeiro, nos quatro trimestres de 1846", *in Annaes Brasilienses de Medicina,* tomo 2º, 1846-1847; "Resultado da clínica particular do dr. H. Lobo, durante a epidemia de febre amarela", *in Annaes Brasilienses de Medicina;* tomo 5º; "Higiene social — projeto de lei", *in Archivo Médico Brasileiro,* tomo 14º; "Moléstias endêmicas e epidêmicas do Rio de Janeiro, de 1798 a 1847", *in Archivo Médico Brasileiro,* tomo 14º; "Discurso sobre a medicina", *in Annaes de Medicina Brasiliense,* nº 7, volume 4, 1849.

LOBO, Luiz Alves de Souza — "Causas da mortalidade das crianças recém-nascidas na capital do Império", *in Annaes Brasilienses de Medicina,* 1876.

LUZ, José Antunes da — *Ensaio da verdadeira medicina para o curativo das moléstias,* Rio de Janeiro, 1854.

MACHADO, João Lopes Cardoso — *Dicionário médico-prático para uso dos que tratam da saúde pública onde não há professores de medicina,* Recife, 1823.

MAGALHÃES, Cornélio Pereira de — *Do sistema penitenciário e sua influência sobre o homem,* tese à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1875.

MAIA, Emílio Joaquim da Silva — *Ensaio sobre os perigos a que estão sujeitos os meninos quando não são amamentados por suas próprias mães,* Rio de Janeiro, 1834; "Utilidade e necessidade da ginástica", *in Revista Médica Fluminense,* tomo 8º, 1839-40; *Discurso sobre as sociedades científicas e de beneficência,* Rio de Janeiro, 1836; "Arrasamento do morro do Castelo", *in Annaes Brasilienses de Medicina,* tomo 8º; "Sobre os males que tem produzido no Brasil o corte das matas e sobre os meios de os remediar", *in Revista Médica Fluminense,* nº 6, setembro de 1835.

MAPA, Joaquim José de Oliveira — *Higiene dos colégios,* tese à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1855.

MARINHO — "Meios médicos de fazer fortuna em pouco tempo", *in Annaes de Medicina Brasiliense,* volume I, 1846.

MARTINS, João Vicente ("um charlatão") — *Brado popular acerca do Regimento de 27 de setembro de 1851,* intitulado da Junta de Higiene Pública, Rio de Janeiro, 1852.

MASCARENHAS, Francisco José do Canto e Mello Castro — *Ensaio da bibliografia médica do Rio de Janeiro, anterior à fundação da Escola de Medicina. Resenha das obras médicas e cirúrgicas impressas nesta cidade, ou publicadas fora dela, por médicos ou cirurgiões seus antes da época mencionada,* tese à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1852.

MEIRELLES, Joaquim Cândido Soares de — *Dissertation sur l'histoire de l'éléphantiasis,* tese à Faculdade de Medicina de Paris, 1827, tradução manuscrita *in Apontamentos biográficos,* Academia Nacional de Medicina; *Les plaies d'arme à feu,* tese à Faculdade de Medicina de Paris para obter o grau de doutor em cirurgia, 1827, tradução *in O propagador das Sciencias Médicas,* tomo 4; *Observações sobre o projeto do senhor deputado Lino Coutinho, acerca das escolas de medicina,* Rio de Janeiro, 1828.

MEIRELLES, Saturnino Soares de — *A homeopatia e a alopatia, paralelo entre as duas medicinas,* Rio de Janeiro, 1875.

MELLO, Joaquim Pedro de — *Generalidades sobre a educação física dos meninos,* tese à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1853.

MELLO, J. T. — *Higiene da mulher,* tese à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1841.

MENEZES, F. de Paula — "Homeopatia", *in Annaes de Medicina Brasiliense,* nº 12, volume 1, 1846; "Do abuso dos remédios secretos e males que origina", *in Revista Médica Brasileira",* nº 7, volume 1.

MENEZES, Honório Bezerra de — *Higiene,* tese à Faculdade de Medicina da Bahia, 1853.

MENEZES, José Augusto Cesar de — "Discurso", *in Semanário de Saúde Pública,* nº 35, 1831.

MIRANDA, Custódio Luiz de — *Instruções para conhecer e tratar o cólera-morbus, dirigidas aos fazendeiros,* Rio de Janeiro, 1855.

MONTEIRO JUNIOR, Domingos Jaci — *Sistemas penitenciários,* teve à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1875.

MONTEIRO, Joaquim dos Remédios — *Higiene e educação da infância,* Resende, 1868; "Os cemitérios públicos do Rio de Janeiro", *in Gazeta Médica da Bahia,* 1878.

MOREIRA, Nicolao Joaquim — *Rápidas considerações sobre o maravilhoso, o charlatanismo e o exercício ilegal da medicina, da farmácia,* Rio de Janeiro, 1862; "Questão médico-antropológica: o cruzamento das raças acarreta degradação intelectual e moral do produto híbrido resultante?", *in Annaes Brasilienses de Medicina,* 1869.

MOURA, Augusto Cesar Ernesto de — *Algumas proposições de higiene,* tese à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1849.

MOTTA, Frutuoso Luiz da — *"Dos pântanos do aterrado,* tese à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1854.

MUZZI, Hercules Octaviano — *Compêndio sobre a vacina,* Rio de Janeiro, 1834.

NEVES. Antonio José Pereira das — *Dissertação médico-legal acerca do infanticídio,* tese à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1839; *Considerações médico-legais sobre um atentado ao pudor,* Rio de Janeiro, 1857.

OLIVEIRA, J. C. da Costa e — "Inconvenientes de se fazerem os enterros dentro das igrejas", *in Archivo Médico Brasileiro,* volume 1845-1846.

OLIVEIRA, João José Barboza de — *As prisões do país e o sistema penitenciário ou higiene penal,* tese à Faculdade de Medicina da Bahia, 1843; *Sistema penitenciário. Relatório feito em nome da comissão encarregada...,* Bahia, 1847.

OLIVEIRA, Manuel José de — "Hospitais militares", *in Annaes Brasilienses de Medicina,* tomo 36, nº 1, 1884.

OLIVEIRA, Pedro Ernesto de Albuquerque e — *Tratado de medicina adaptado ao sistema homeopático para uso das pessoas não profissionais em medicina,* Rio de Janeiro, 1852; *Memória sobre o magnetismo e o sonambulismo,* Rio de Janeiro, 1853; *Estudos sobre os diferentes sistemas médicos (A alopatia não é ciência),* Rio de Janeiro, 1864; *Deveres do homem,* Rio de Janeiro, 1865; *Memória sobre o infanticício, julgado pela religião, pela moral e pela lei,* Rio de Janeiro, 1870.

OSÓRIO, Antonio José — *Considerações médicas sobre a utilidade do casamento,* tese à Faculdade de Medicina da Bahia, 1839.

OTTONI, Ernesto Benedito — *Algumas considerações sobre o clima da província de Minas Gerais,* tese à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1841.

PADILHA, Francisco Fernandes — *Qual o regime alimentar das classes pobres do Rio de Janeiro? Quais as moléstias que comumente grassam entre elas? Que relações de causalidade se encontram entre regime e moléstias?,* tese à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1853.

PASSOS, José Ferreira — *Breves considerações sobre a influência perniciosa das inumações praticadas intra-muros; precedidas de um epítome histórico relativo à matéria,* tese à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1846.

PEIXOTO, Domingos Ribeiro dos Guimarães — *Projeto de estatutos para a Escola de Medicina do Rio de Janeiro,* Rio de Janeiro, 1832; *Memória sobre as instituições médicas na França, Prússia e Inglaterra,* Rio de Janeiro, 1843.

PEIXOTO, Manoel Francisco — "Discurso sobre as causas que impedem o desenvolvimento da farmácia no Brasil e meios de as remover, lido na sessão pública anual da Academia Imperial de Medicina em 30 de junho de 1838", *in Revista Médica Fluminense,* 1838.

PEREIRA, Cosme de Sá — "Da necessidade e utilidade da história de qualquer repartição; da polícia sanitária em Pernambuco até 1845; criação de um Conselho geral de salubridade nesta época, suas atribuições, sua importância transcendente para o legislador, comerciante, agricultor, etc. e antiguidade das leis desta ordem", *in Coleção de trabalhos do Conselho de Salubridade Pública de Pernambuco,* 5º ano, 1849.

PEREIRA, Thomaz Rodrigues — *Algumas considerações sobre a higiene militar em campanha,* tese à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1845.

PICANÇO, José Correia — *Ensaio sobre os perigos das sepulturas dentro das cidades e seus contornos,* Rio de Janeiro, 1812.

PIMENTEL, Ignácio Luiz de V. — *Casamentos ilegítimos perante a ciência,* tese à Faculdade de Medicina da Bahia, 1864.

PIMENTEL, Manoel de Valadão — "Relação dos doentes tratados no Hospital de Nossa Senhora do Livramento, segundo os sexos, idades, nacionalidades, profissões e marcha da epidemia de febre amarela, nos meses de março, abril e maio do corrente ano de 1850", *in Annaes Brasilienses de Medicina,* 1850-1851.

PINTO, Antonio Ferreira — *O médico da primeira infância ou o conselheiro da mulher grávida, e higiene da primeira infância,* Rio de Janeiro, 1860.

PINTO, Sabino Olegário Ludgero — *Considerações acerca da música e sua influência sobre o organismo,* tese à Faculdade de Medicina da Bahia, 1845.

PRATES, Tiburtino Moreira — *Identidade da espécie humana,* tese à Faculdade de Medicina da Bahia, 1846.

O PROPAGADOR DAS SCIENCIAS MEDICAS OU ANNAES DE MEDICINA, CIRURGIA E PHARMACIA — 1827-1828.

REBELLO, Eugenio Guimarães — *As raças humanas descendem de uma só origem?,* tese à Faculdade de Medicina da Bahia, 1869.

REBELO, Tito Adrião — *Descrição sucinta ou breve história da febre amarela que tem reinado epidemicamente na Bahia desde seu aparecimento em 1849,* Bahia, 1859.

REBOUÇAS, Manuel Maurício — *Dissertation sur les inhumations en général (leurs résultats fâcheux lorsqu'on les pratique dans les églises et dans l'enceinte des villes, et des moyens d'y rémedier par des cimetières extra-muros),* Tese Faculdade de Medicina de Paris, 1831.

REBELO, Jacinto Soares — *Homeopatia,* tese à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1845.

REGO, José Pereira — "Considerações sobre a utilidade de estabelecer-se a constituição médica do Rio de Janeiro", *in Revista Médica Fluminense,* volume 6, 1840; "Considerações sobre alguns objetos relativos à higiene pública", *in Revista Médica Fluminense,* volume 6, 1840; "Considerações sobre o uso dos banhos de mar e seu emprego higiênico e terapêutico", *in Revista Médica Brasileira,* volume 1, 1841; "Algumas considerações sobre as causas da mortandade das crianças do Rio de Janeiro", *in Annaes de Medicina Brasiliense,* volume 3, 1947; "Considerações sobre algumas moléstias de crianças mais freqüentes no Rio de Janeiro", *in Annaes de Medicina Brasiliense,* volume 4, 1848 e volume 6, 1850; "Algumas reflexões sobre o acréscimo progressivo da mortandade do Rio de Janeiro", *in Annaes Brasilienses de Medicina,* volume 6, 1850; *História e descrição da febre amarela epidêmica*

1692; "Relatório do provedor José Clemente Pereira", correspondente ao ano compromissal de 1º de julho de 1840 a 30 de junho de 1841, *in Livro de Atas e Termos de 1830 a 1850;* "Regimento do Hospital Geral da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro", 1858, *in Fundação da Santa Casa de Misericórdia,* Rio de Janeiro, 1880.

SANTOS, Ezequiel Correia dos — "Discurso sobre a necessidade de um código farmacêutico", *in Revista Médica Fluminense,* volume 2, 1836.

SANTOS, Malaquias Alvares dos — *Epidemia de cólera-morbus. Instruções sanitárias populares para o caso de manifestar-se aquela epidemia entre nós,* Bahia, 1855; *Conselhos aos proprietários das fazendas rurais (acerca do tratamento do cólera-morbus),* Bahia, 1855.

SEIXAS, Domingos Rodrigues — *Considerações físico-patológicas sobre os homens de letras,* Bahia, 1851; *Memória sobre a salubridade pública na província da Bahia,* Bahia, 1854.

SEMANÁRIO DE SAÚDE PÚBLICA — 1831-1833.

SIGAUD, J. F. X. — "Resposta ao Sr. J. M. Bontempo", *in O propagador das sciencias médicas,* 1827; "Plano de um jornal de medicina", *in Semanário de Saúde Pública,* 1831; *Discurso sobre a Estatística Médica do Brasil, lido na Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, sessão pública de 30 de junho de 1832,* Rio de Janeiro, 1832; "Da visita das boticas e da venda de remédios e substâncias reputadas venenosas", *in Diário de Saúde,* volume 1, 1835; "Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro", *in Diário de Saúde,* volume 1, 1835; *Du climat et des maladies du Brécil, ou statistique médical de cet Empire,* Paris, 1844; *Sur les progrès de la géographie au Brésil et sur la necessité de dresser une carte générale de cet Empire,* Paris, 1844; *Anuário político, estatístico e histórico do Brasil,* 1º e 2º anos, 2 tomos, Paris, 1846-1847.

SILVA, Antonio do Nascimento — *Que moléstias predominam sobre os que se empregam nas fábricas de tabaco e charutos estabelecidas na cidade do Rio de Janeiro? Devem-se por ventura atribuir os resultados da observação exclusivamente às emanações, por que passam durante o seu fabrico?,* tese à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1852.

SILVA, Celestino do Nascimento — "Breves reflexões sobre a homeopatia e minha conversão", *in Revista Homeopática,* 1853.

SILVA, Frutuoso da — *Higiene dos colégios,* tese à Faculdade de Medicina da Bahia, 1869.

SILVA, Januário Manoel da — *Breves noções sobre o aparecimento da epidemia do cólera-morbus no Brasil,* Bahia, 1863.

SILVA, José Joaquim da — *Da temperatura atmosférica da cidade do Rio de Janeiro; das leis que regem as variações de temperatura, quais as moléstias para que (segundo no-la mostra a observação local) é predisposta a população desta cidade pela ação de sua temperatura já isolada, já em combinação com a dos outros modificadores que a acompanham* tese à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1853.

SILVA, Manuel Vieira da — *Reflexões sobre alguns dos meios propostos por mais conducentes para*

melhorar o clima da cidade do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Impressão Régia, 1808. Reimpresso *in* Plácido Barbosa e Cássio Resende, *Os serviços de Saúde Pública no Brasil, especialmente na cidade do Rio de Janeiro, de 1808 a 1907.*

SILVA, Peçanha da — "Memória sobre a amamentação e as amas de leite", *in Annaes Brasilienses de Medicina,* volume 1869-1870.

SIMONI, Luiz Vicente de — "Discurso sobre as matrículas dos estudantes das Escolas médicas", *in Semanário de Saúde Pública,* 1831; "Reflexões sobre os grandes estabelecimentos e principalmente sobre os grandes hospitais", *in Semanário de Saúde Pública,* 1831; "Reflexões sobre o estado atual da higiene pública no Rio de Janeiro", *in Semanário de Saúde Pública,* 1832; "Antropologia", *in Semanário de Saúde Pública,* 1832; "Relatório sobre a memória do sr. Guilherme Luiz Taube sobre os efeitos físicos e morais dos exercícios ginásticos", *in Semanário de Saúde Pública,* 1832; "Medidas a porem-se em prática enquanto existir o perigo da fácil importação e introdução do cólora-morbus", *in Annaes Brasilienses de Medicina,* volume 10, 1856; "Necessidade de criar e adotar neste país uma medicina brasileira", *in Annaes de Medicina Brasiliense,* volume 1, 1845.

SIQUEIRA, José de Góes — *Relatório da Comissão de Higiene Pública da província da Bahia,* Bahia, 1855; *Higiene Pública,* Bahia, 1872.

SOARES, José Pinheiro de Freitas — *Tratado de polícia médica, no qual se compreendem todas as matérias que podem servir para organizar um regimento de polícia de saúde para o interior do reino de Portugal,* Lisboa, 1818.

SOCIEDADE DE MEDICINA E CIRURGIA DO RIO DE JANEIRO — "Estatutos da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro", *in Semanário de Saúde Pública,* 1831; "Estatutos da Academia Imperial de Medicina", *in Diário de Saúde,* 1835; Correspondência ativa e passiva (cartas, ofícios, representações, consultas, portarias, avisos, etc.) publicada nos periódicos da entidade de 1830 a 1850; Discursos oficiais pronunciados na Sociedade e publicados nos periódicos da entidade de 1830 a 1850; Pareceres emitidos e publicados nos periódicos da entidade, em especial: "Parecer da Comissão de Consultações Gratuitas da Sociedade de Medicina", 29 de maio de 1830, *in Semanário de Saúde Pública,* 1831, "Parecer da Comissão de Vacina", *in Semanário de Saúde Pública,* 1831, "Parecer da Comissão permanente de Vacina da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro", 12 de junho de 1831, *in Semanário de Saúde Pública,* 1831, "Parecer da Comissão de Salubridade Geral sobre a carta do sr. Manoel de Valadão Pimentel, relativa às febres da vila de Macacu, remetido ao governo em 13 do corrente", 4 de julho de 1831, *in Semanário de Saúde Pública,* 1831, "Parecer da Comissão de Salubridade Pública, relativo à consulta da Câmara Municipal, sobre lugares próprios para cemitérios de irracionais", 29 de janeiro de 1831, *in Semanário de Saúde Pública,* 1831, "Parecer da Comissão Permanente de Vacina da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro", 20 de maio de 1830, *in Semanário de Saúde Pública,* 1831, "Parecer da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro sobre os meios de obstar a introdução e estragos do cólera-morbus, em conse-

quência de um convite da Augusta Câmara dos Deputados", 28 de julho de 1832, *in Semanário de Saúde Púública,* 1832, "Observações da Comissão de Salubridade Geral sobre o abuso dos toques de sino nas igrejas da cidade", *in Semanário de Saúde Pública,* 1833, "Parecer da Comissão da Academia Imperial de Medicina encarregada de examinar o lugar destinado pela administração da Santa Casa da Misericórdia, na ponta do Calafate, para o novo cemitério da mesma Santa Casa, aprovado pela mesma Academia na sua sessão geral de 20 de junho de 1839", *in Revista Médica Fluminense,* 1839, "Parecer sobre a consulta do provedor e Mesa da Santa Casa, acerca das melhores bases higiênicas para a construção de um novo hospital", *in Revista Médica Fluminense,* 1840, "Parecer acerca do projeto de uma casa de saúde", 29 de abril de 1841, *in Revista Médica Brasileira,* 1841; Planos elaborados e publicados nos periódicos da entidade, em especial: "Plano de organização das escolas de medicina do Rio de Janeiro e Bahia, para ser apresentado à Câmara dos Deputados pela Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, em satisfação ao convite feito pela Câmara a 7 de outubro de 1830", 28 de outubro de 1830, *in Annaes Brasilienses de Medicina,* 1868, "Plano dos trabalhos da Comissão Permanente de Doenças Reinantes", aprovado em 15 de maio de 1830, *in Semanário de Saúde Pública,* 1831, "Plano de organização das Escolas Médicas do Império do Brasil, redigido pela Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro", 25 de julho de 1831, *in Annaes Brasilienses de Medicina,* 1868, "Bases higiênicas para a construção de um hospital", apresentado a 18 de outubro de 1838, *in Revista Médica Fluminense,* 1840, "Projeto de criação de um gabinete de anatomia patológica no Hospital da Santa Casa, oferecido pela Academia de Medicina", *in Annaes de Medicina Brasiliense,* 1845, "Discussão sobre o projeto de lei de saúde pública", *in Annaes de medicina Brasiliense,* 1847; Relatórios elaborados e publicados nos periódicos da entidade de 1830 a 1850, em especial: "Relatório da Comissão de Salubridade Geral", 1830, *in Semanário de Saúde Pública,* 1831, "Relatório da Comissão de Salubridade geral sobre o requerimento dos fabricantes de tabaco da rua Detraz do Carmo enviado pela Câmara Municipal", *in Semanário de Saúde Pública,* 1831, "Relatório da Comissão de Salubridade geral da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro sobre as causas de infecção da atmosfera da Corte, aprovado pela mesma Sociedade em 17 de dezembro de 1831", *in Semanário de Saúde Pública,* 1832, também publicado em separata, Rio de Janeiro, 1832, "Relatório da Comissão de Consultas gratuitas", 1832, *in Semanário de Saúde Pública,* 1832, "Relatório da Comissão nomeada pela Academia Imperial de Medicina em 12 de novembro de 1840 sobre o projeto de estabelecimento de um hospital sob o título de Imperial Casa de Saúde e Instituto Ginástico-ortopédico para responder à S. Ex. o Sr. Ministro do Império, que solicita a este respeito o parecer da Academia", *in Revista Médica Brasileira,* 1841, "Relatório do secretário geral da Academia Imperial de Medicina, incluindo consultas do governo, consultas de particulares, memórias apresentadas, questões discutidas, relações e estado da Academia", *in Revista Médica Fluminense,* 1841, "Relatório da Comissão da Academia Imperial de Medicina encarregada de examinar o lugar destinado pela Ordem Terceira de São Francisco de Paula para o seu cemitério extra-muros", *in Annaes de Medicina Brasiliense,* 1849.

SOISA, Francisco Manoel Soares — *Generalidades médicas acerca do recrutamento,* tese à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1845.

SOUZA, Constantino José Gomes de — *Qual deve ser a nossa legislação relativa aos mortos?,* tese à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1853.

SOUZA, João Francisco de — *Memória sobre a prostituição no país, suas causas e medidas a adotar para sua não propagação,* Rio de Janeiro, 1876.

SOUZA, Joaquim Francisco de Paula — *Da morte real e aparente: dos enterramentos precipitados: análise das disposições regulamentares a respeito; Operação do trépano; Esboço de uma higiene dos colégios aplicável aos nossos: regras principais tendentes à conservação da saúde, e ao desenvolvimento das forças físicas e intelectuais, segundo as quais se devem regular os nossos colégios;* etc. Tese a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1857.

TARDIEU, Ambroise — *Dictionnaire d'hygiène publique et de salubrité,* Paris, 1852-1854.

TAVARES, João Fernandes — *Considérations d'hygiène publique et de police médicale aplicables à la ville de Rio de Janeiro,* tese à Faculdade de Medicina de Paris, 1823.

TEUSCHER, Reinhold — *Algumas observações sobre a estatística sanitária dos escravos nas fazendas de café,* tese à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro para verificação de diploma, 1853.

UBATUBA, Manoel Pereira da Silva — *Algumas considerações sobre a educação física,* tese à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1845.

VALDETARO, Francisco Chrispiniano — *Novo formulário prático dos hospitais ou escolha de fórmulas dos hospitais civis e militares da França, Inglaterra, Alemanha e Itália,* Rio de Janeiro, 1836.

VALE, Manoel Maria de Morais — *Considerações sobre a mendicidade do Rio de Janeiro,* tese à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1846.

VALLADARES, Francisco de Paula — *Higiene dos Hospitais e Hospícios,* tese à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1878.

VARELLA, Carlos Arthur Busch — *Da instrução ao vagabundo, ao engeitado, ao filho do proletário e ao jovem delinquente: meios de fazê-la efetiva,* tese à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1874.

VELHO, Joaquim de Souza — *Pode-se admitir uma medicina substitutiva?,* tese à Faculdade de Medicina da Bahia, 1845.

VIANNA, Antonio Salustiano do Nascimento — *Breves considerações sobre a medicina legal aplicada ao casamento,* tese à Faculdade de Medicina da Bahia, 1852.

VIDAL, Antonio José de Almeida — *Algumas proposições sobre higiene, patologia e terapêutica,* tese à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1849.

VIEIRA, Francisco Sabino Alves da Rocha — *Memória sobre a temperança, sua conveniência e utilidade como meio de conservar a saúde e prolongar a vida e os terríveis efeitos que se opõem à sobriedade,* oferecida à Sociedade Conciliadora da Bahia, Bahia, 1833.

VIRCIANI, Pedro José — *A higiene da velhice,* tese à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1845.

XAVIER, Francisco Júlio — "Criação de um hospício de maternidade na Corte", *in Archivo Médico Brasileiro,* 1845.

XAVIER, Ignacio Firmo — *O homem e o médico,* tese à Faculdade de Medicina da Bahia, 1850; *Reflexões sobre a educação física e moral da infância,* Pernambuco, 1854.

Fontes secundárias

ABREU, Eduardo Augusto Pereira de — "A Fisicatura-mor e o Cirurgião-mor dos Exércitos no Reino de Portugal e Estados do Brasil", *in Revista do Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro,* tomo 63, partes I e II, Rio de Janeiro, 1900.

AIRES NETO, José — *Cândido Borges Monteiro, visconde de Itaúma. O cirurgião, o professor, o político...,* São Paulo, Ed. Técnicas Brasileiras Ltda., 1942.

ANDRADE, Gilberto Osório de — *A cólera-morbo — um momento crítico da história da medicina em Pernambuco,* Recife, Secretaria de Educação e Cultura, 1956.

ARAÚJO, Carlos Benjamim da Silva — *L'influence française sur la cultura brésilienne, sur la pharmacie et médécine en particulier,* Rio de Janeiro, Gráfica Olímpica Editora Ltda., 1973.

AZEVEDO, Moreira de — "A Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Notícia histórica, lida no Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro em 1866", *in Annaes Brasilienses de Medicina,* volume 19, nº 11, 1868.

BARBOSA, Plácido e Cássio Resende — *Os serviços de saúde pública no Brasil, especialmente na cidade do Rio de Janeiro, de 1808 a 1907,* Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, 1909.

BUER, M. C. — *Health, wealth and population in the early days of the Industrial Revolution,* Londres, Routledge & Kegan Paul, 1926; 3ª edição, 1969.

CANGUILHEM, George — *La connaissance de la vie,* Paris, Vrin, 2ª edição. 1965; *Etudes d'histoire et de philosophie des sciences,* Paris, Vrin, 1968; *Le normal et le pathologique,* Paris, P. U. F., 2ª edição, 1972 *Ideologie et rationalité dans l'histoire des sciences de la vie, Paris, Vrin,* 1977.

CAMPOS, Ernesto de Souza — *História e Evolução dos Hospitais,* Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, 1944.

CARVALHO, José Coriolano de — *Da farmácia, origem e evolução (contribuição ao estudo da farmácia no Brasil),* São Paulo, Copag, 1922.

CARVALHO, Pedro Cúrio de — "História da hospitalização militar no Brasil", *in Revista do Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro,* tomo especial consagrado ao 1º Congresso de História Nacional, 1914; tese apresentada à 7ª seção (História Militar).

CONI, Antonio Caldas — *A escola tropicalista baiana,* Bahia, Livraria Progresso Editora, 1952.

COSTA, Veloso — *Alguns aspectos médicos e históricos do Recife,* Recife, Universidade Federal de Pernambuco, 1971.

DUARTE, Eustáquio — "Vieira, os sinais e os males", *in Jornal do Commercio,* Recife, 10 de abril de 1955.

FAZENDA, José Vieira — *Os provedores da Santa Casa de Misericórdia da cidade de São Sebastião do Rio de Janeiro,* Rio de Janeiro, Tipografia do Jornal do Commercio, 1912.

FIGUEIRA, Fernandes (organização) — *Em comemoração do centenário do ensino médico,* Rio de Janeiro, Academia Nacional de Medicina, 1908.

FOUCAULT, Michel — *Naissance de la clinique,* Paris, P.U.F., 1972; "La politique de la santé au XVIII ème siècle", *in Les Machines à guérir",* Paris, 1976. *Institut de l'Environnement, s. d.,*

FRANCO, Odair — *História da febre amarela no Brasil,* Rio de Janeiro, Ministério da Saúde, Departamento Nacional de Endemias rurais, 1969.

GOUY, Edmond — *Histoire de la fièvre jaune au Brésil,* Paris, 1884.

GOMES, Ordival Cassiano — *Manuel Vitorino Pereira, médico e cirurgião,* Rio de Janeiro, Agir, 1957.

GUIMARÃES, Joaquim da Silva Melo — *Instituições de previdência fundadas no Rio de Janeiro; apontamentos históricos e dados estatísticos,* Rio de Janeiro, Tipografia Nacional, 1883.

MACHADO, José Carlos Bahiana — "As grandes epidemias na Bahia. A peste da bicha em 1686. A cólera-morbus de 1855", *in Anais do 1º Congresso de História da Bahia,* Instituto Histórico e Geográfico da Bahia, III volume, Salvador, 1950.

MAGALHÃES, Fernando de — *O centenário da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro,* Rio de Janeiro, Tipografia Bartel, 1932.

MOREIRA, Juliano — "O progresso das ciências no Brasil", conferência realizada a 24 de outubro de 1912, *in Anais da Biblioteca Nacional,* volume 35, 1913.

NAVA, Pedro — "Capítulos de história da medicina no Brasil", *in Brasil médico-cirúrgico,* Rio de Janeiro, 1949.

PIRAGIBE, Alfredo — *A jurisprudência médica e farmacêutica no Brasil,* Rio de Janeiro, Laemmert, 1884; *Notícia histórica da legislação sanitária do Império do Brasil desde 1822 até 1878,* Rio de Janeiro, Laemmert, 1880.

PRADO, Antonio de Almeida — *Quatro séculos da medicina na cidade de São Paulo,* Ed. Anhembi, 1958.

ROCHA, Leduar de Assis — *Médicos, cirurgiões e boticas,* Recife, Livraria Universal, 1941.

ROSEN, Georges — *A history of public health,* New York, M. D. publications, 1958; *From medical police to social medicine, essays on the history of health care,* New York, Science History Publications, 1974.

SALES, Pedro — *História da Medicina no Brasil,* Belo Horizonte, Ed. G. Holman, 1971.

SANTOS FILHO, Lycurgo — *História da medicina no Brasil,* São Paulo, Ed. Brasiliense, 1947.

SARDINHA, Joaquim José da Silva — Higiene Pública, apontamentos para a história da repartição de saúde do porto do Rio de Janeiro" *in Revista do Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro,* tomo especial, parte III, 1914; *Higiene Pública. Apontamentos para a história da saúde pública no Brasil,* Niterói, 1922.

SILVA, Alfredo Nascimento — *O centenário da Academia Nacional de Medicina do Rio de Janeiro — 1829-1929,* Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, 1929; "Organização do ensino médico no Brasil", *in Comemoração do centenário do ensino médico,* Academia Nacional de Medicina, 1908; "O exercício da profissão médica entre nós", *in Annaes da Academia Nacional de Medicina,* tomo 75, 1909; "A Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro", *in Revista Syniatrica,* 3º ano, nº 5, 1910; "Os primórdios da imprensa médica no Brasil", *in Revista Syniatrica,* 17º ano, nº 1, 1924; "Hospitais e casas de saúde", *in Regista Syniatrica,* 17º ano, nº 3 e nº 4, 1924; "Quatro séculos de medicina no Brasil", *in Jornal do Commercio,* nº do centenário, em 1 de outubro de 1927.

SILVA, Arthur Lobo da — *O serviço de saúde do Exército Brasileiro* (história evolutiva desde os seus primórdios até os tempos atuais), Rio de Janeiro, Biblioteca do Exército, 1958.

SOUSA, José Eduardo de — "A medicina antes da organização do ensino médico", *in Comemoração do centenário do ensino médico,* Rio de Janeiro, Academia Nacional de Medicina, 1908.

VASCONCELLOS, Vascon Joaquim — "Médicos e cirurgiões da Imperial Câmara — reinados de Pedro I e Pedro II", *in Revista dos Tribunais,* Rio de Janeiro, 1964.

PARTE III: A MEDICINA DO COMPORTAMENTO

Fontes primárias

ALBUQUERQUE, F. J. de Freitas — *Monomania — Tratamento das moléstias mentais,* tese à Faculdade de Medicina da Bahia, 1858.

ALMEIDA, João F. de — *Proposições sobre alienação mental, tese à Faculdade de Medicina da Bahia,* 1846.

AMERICANO, Domingos Marinho de Azevedo — *Dissertação sobre a frenologia,* tese à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1838.

ANDRADE, Nuno Ferreira de — "Da natureza e diagnóstico da alienação mental", *in Annaes Brasilienses de Medicina,* tomo 31, 1879-80 e tomo 32, 1880-81.

ARAÚJO, Pedro de Alcântara Nabuco de — *Alienação mental,* Rio de Janeiro, 1883; *Suicídio,* tese ao Ginásio Acadêmico, Rio de Janeiro, 1883; *Loucura puerperal,* tese à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1883; "Clínica psiquiátrica", *in Gazeta dos Hospitais,* 1883.

AVELAR JUNIOR, Cândido Emílio de — *Epilepsia e seu tratamento,* tese à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1866.

AZAMBUJA, Antonio Cândido Nascentes — "Dos temperamentos e sua influência sobre o moral", *in Archivo Médico Brasileiro,* tomo 1, 1840.

BARRETO, Tobias — *Menores e loucos em direito criminal* (estudo sobre o artigo 10 do Código Criminal Brasileiro), Recife, 1886, 2ª edição.

BAYLE, M. — "Sobre as alucinações dos sentidos"; "Nova doutrina das moléstias mentais", *in O Propagador das Sciencias Médicas,* 1827.

BRANDÃO, João Carlos Teixeira — "Des établissements d'aliénés au Brésil", *in Annales Médicaux-Psychologiques,* Paris, 1884; *Os alienados no Brasil,* Rio de Janeiro, 1886; *Questões relativas à assistência médico-legal a alienados e aos alienados,* 1897.

BRITO JUNIOR, Joaquim Marcellino — *Hipocondria,* tese à Faculdade de Medicina da Bahia, 1845.

CARDOSO, Cid Emiliano de Olinda — *Influência da civilização sobre o desenvolvimento das afecções nervosas,* tese à Faculdade de Medicina da Bahia, 1857.

CONSTANS, Lunier et Dumesnil — *Rapport sur le service des aliénés en 1874,* Paris, 1878.

COSTA, Augusto — "Da camisola de força geralmente usada. Dos seus perigos e abusos", *in Revista Médica,* 1874-75.

COSTA, José Luiz da — *Considerações sobre o amor,* tese à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1848: "Quais as forças que desenvolvem a vida na matéria", *in Annaes de Medicina Brasilienses,* tomo 12, 1861-62, p. 161 e 188 e segs; "Medicina Legal da alienação mental", 1861, *in Annaes Brasilienses de Medicina,* tomo 19, 1867-68; "A loucura considerada como uma alteração das forças da matéria", *in Annaes Brasilienses de Medicina,* tomo 16, 1864-65; "O que é saúde? O que é doença?", *in Annaes de Medicina Brasilienses,* tomo 16, 1865-66 e tomo 17, 1866-67: *Estudo teórico e prático sobre a satisfação do dano causado pelo delito,* Rio de Janeiro, 1867; "Quais as vantagens das manifestações mentais na ciência?", *in Annaes Brasilienses de Medicina,* tomo 18, 1867-68; *O Monitor Popular,* Rio de Janeiro, 1870; *O Brasil Médico,* Rio de Janeiro, 1877.

Da monomania considerada relativamente à aplicação da lei penal", *in Chronica do Foro,* 31 de março de 1859.

EIRAS JUNIOR, Manuel J. Fernandes — *Da alimentação forçada (casos em que é exigida),* tese à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1883.

ESQUIROL, J. E. D. — *Dissertation sur les passions considerées comme cause, symptômes et moyens curatife de l'aliénation mentale,* Paris, 1807; *Des Maladies mentales considerées sous les rapports médical, hygiénique et médico-legal,* Paris, 1838.

FALRET, J. P. — *Des maladies mentales et des asiles d'aliénés,* Paris, 1864.

FERREIRA, José de Oliveira — *Responsabilidade legal dos alienados,* tese à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1887.

FIGUEIREDO, Agostinho José Inácio da Costa — *Breve estudo sobre algumas generalidades a respeito da*

alienação mental, tese à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1847.

FONSECA, Manoel de Freitas da (governador) — "Cartas sobre a demência de Luiz Vahia Monteiro, governador", códice 84, livro II (manuscrito, cópia), Arquivo Nacional.

FRANÇA, Eduardo Ferreira França — *Investigações de psicologia,* Bahia, 1854.

FREIRE, Guarino Aloysio Ferreira — *Qual o papel que desempenha a civilização no movimento das moléstias mentais,* tese à Faculdade de Medicina da Bahia, 1888.

GOMIDE, Antonio Gonçalves — *Impugnação analítica ao exame feito pelos clínicos Antonio de Pedro de Souza e Manoel Quintão da Silva em uma rapariga que julgaram santa, na capela da Senhora da Piedade da Serra, comarca de Sabará,* Rio de Janeiro, 1814.

GONSALVES, Rodrigo José — *A Histeria,* tese à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1846.

GOUVÊA, J. E. da Cruz — *Ninfomania,* tese à Faculdade de Medicina da Bahia, 1854.

GUIMARÃES, Francisco Pinheiro — *Algumas palavras sobre epilepsia,* tese à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1859.

GUIMARÃES, Rozendo Aprigio Pereira — *Como haver-se o médico nos relatórios e exames exigidos pelas leis civis e criminais para avaliar a integridade ou alteração de uma ou mais faculdades intelectuais,* tese à Faculdade de Medicina da Bahia, 1859.

HOSPÍCIO DE PEDRO II — "Decreto fundando um hospital destinado privativamente para tratamento de alienados", 18 de julho de 1841, *in Revista Médica Brasileira,* volume 1, nº 3; *Estatutos do Hospício de Pedro II aprovados pelo decreto nº 1077 de 4 de dezembro de 1852 e Regimento Interno de 1858,* Rio, 1874; Barbosa, Manoel José, *Relatório e Estatística do Hospício de Pedro II, de 9 de dezembro até 30 de junho de 1853;* Barbosa, Manoel José, "Relatório e Estatística do Hospício de Pedro II desde 1º de julho de 1854 até 30 de junho de 1855", *in Annaes Brasilienses de Medicina,* 1856, Silva, José Joaquim Ludovino da, "Relatório do Hospício de alienados de Pedro II", *in Gazeta Médica da Bahia,* tomo II, 1867-68; Câmara, Gustavo Balduíno de Moura e, *Relatório do médico diretor do Hospício de Pedro II, desde 1º de julho de 1877 e 30 de junho de 1878; Registro das moléstias mentais,* livro da seção de mulheres, 2 volumes, 1852 a 1881, drs. Silva e Sá Ferreira, e livro da seção dos homens, 2 volumes, 1848 a 1882, dr. Custódio José Nunes; *Livro 1º — Da entrada e saída dos alienados pensionistas do Hospício de Pedro II, 1852 a 1863; Livro 1º — Da entrada e saída dos alienados pobres do Hospício de Pedro II,* 1852 a 1859; *Livro 2 — De termos de exame de sanidade dos alienados do Hospício de Pedro II,* 1855 a 1856; *Rubricas de receita,* 1855 a 1856; *Conta corrente dos pensionistas,* 1859 a 1860; *Fazendas e móveis,* 1862 a 1897; *Matrícula dos africanos da Santa Casa,* 30 de abril de 1863; *Livro de matrícula dos alienados que pela província do Rio de Janeiro forem recolhidos ao mesmo Hospício, devendo serem transportados para esta os que atual-*

mente assistem na matrícula da casa; leva no fim o termo de encerramento, 30 de junho de 1864; *Livro de registro dos alienados de segunda classe,* de 1870 a 1876; *Registro das moléstias somáticas,* livro da seção de mulheres, 1875; *Registro de pareceres dos facultativos,* 15 de março de 1880; *Santa Casa de Misericórdia* (documentos), Rio de Janeiro, 1899; *A Santa Casa de Misericórdia e o Hospício de Pedro II,* Rio de Janeiro, 1882.

HOSPITAL DOS LOUCOS — periódico, duração: 1862.

JAIME, Manoel Ignacio de Figueiredo — *As paixões e afetos d'alma em geral, e em particular sobre o amor, amizade, gratidão e o amor da pátria,* tese à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1836.

LEÃO, Geraldo Carneiro — *Analogias entre o homem são e o alienado e em particular sobre a monomania,* tese à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1842.

LEMOS, Pedro Sanches de — *Epilepsia,* tese à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1872

LEURET, F. — *Du traitement moral de la folie,* Paris, 1840.

MACEDO, Joaquim Manoel de — *Nostalgia,* tese a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1844.

MANSO, Antonio Romualdo Monteiro — *Do diagnóstico e tratamento das diversas manifestações de histerismo e epilepsia,* tese à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1874.

MARC, C. C. H. — *De la folie considerés dans ses rapports avec les questions médicaux-judiciaires,* Paris, 1840.

MAURÍCIO JUNIOR, Rodrigo José — *A Histeria,* tese à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1838.

MENEZES, Alexandre Stockler Pinto de — *Responsabilidade legal dos alienados,* tese à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1887.

MONTEIRO, Domingos Jacy — "Relatórios do movimento do hospício de alienados de Niterói", anexos ao relatório da presidência da província do Rio de Janeiro, 1882 a 1886.

MONTEIRO, Joaquim dos Remédios — "O asilo dos alienados de São João de Deus", *in Gazeta Médica da Bahia,* 1880-81.

MONTEIRO, Manoel Antonio Dias de Castro — *A alienação mental debaixo do ponto de vista médico-legal,* tese à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1852.

MORAES, Alexandre José Melo — *Considerações fisiológicas sobre o homem e sobre as paixões e afetos em geral; do interesse, amor, amizade, e saudade em particular,* tese à Faculdade de Medicina da Bahia, 1940; *Fisiologia das paixões e afecções,* Rio de Janeiro, 1854 e 1855.

MORÃO, Simão Pinheiro — *Queixas repetidas em ecos dos arrecifes de Pernambuco contra os abusos médicos que nas suas capitanias se observam tanto em dano das vidas de seus habitantes, circa* 1677. Junta de Investigações do Ultramar, Lisboa, 1965

MOREIRA, Ernesto de Castro — *Epilepsia,* tese à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1877.

MOREIRA, Nicolao Joaquim — *Relatório da Comissão Especial da Academia Imperial de Medicina para interpor seu parecer sobre a memória do dr. José Luiz da Costa: o que seja a saúde, o que seja a doença,* Rio de Janeiro, 1866.

MOREIRA, Nicolao Joaquim e João Baptista dos Santos e Agostinho José de Souza Lima — *Relatório médico-legal — Exame de sanidade, feito pelos peritos da justiça na pessoa do dr. José Mariano da Silva em 13 de abril de 1867.*.

MURTINHO, José Antonio — *A hipocondia,* tese à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1838.

NEVES, Antonio José Pereira das — "Relatório acerca do tratamento dos alienados e seus principais hospitais em França, Inglaterra, Itália, Alemanha, Bélgica e Portugal," *in Annaes de Medicina Brasiliense,* volume 1847-48, nº 7, nº 11 e nº 12, volume 1848-49, nº 1 e nº 2.

OTTONI, Eloy — *Nova hipótese sobre a alucinação. Breve notícia de um trabalho do Dr. Magnan sobre o álcool e o absinto,* São Paulo, 1872.

PARIGOT, Julius — *O futuro dos hospícios de alienados no Brasil,* memória oferecida à Imperial Academia de Medicina do Rio de Janeiro, 1870.

PEIXOTO, Afranio — *Epilepsia e crime,* tese à Faculdade de Medicina da Bahia, 1897.

PEIXOTO, Antonio Luiz da Silva — *Considerações gerais sobre a alienação mental,* tese à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1837.

PEREIRA, Jeronymo Sodré — *Qual a influência da civilização sobre o desenvolvimento das moléstias nervosas,* tese à Faculdade de Medicina da Bahia, 1861.

PINEL, Ph. — *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale, ou la manie,* Paris, ano IX.

PINHEIRO, Antonio Martins — *Dissertação sobre a histeria,* tese à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1848.

PINTO, Antonio Pereira d'Araujo — *Considerações muito gerais sobre a frenologia,* tese à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1841.

REGO, José Pereira (Barão de Lavradio) — "Discurso pronunciado pelo presidente da Academia, Barão de Lavradio, em sessão magna de 30 de junho de 1878 com o fim de provar a conveniência do estudo das moléstias mentais", *in Annaes Brasilienses de Medicina,* tomo 30, 1878, nº 1 e nº 2

REY, Ph. — *L'Hospice Pedro II et les aliénés au Brésil,* Paris, 1875.

REZENDE, Estevão Ribeiro de — *Epilepsia,* tese à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1872.

RIBEIRO, Alexandre de Araújo — *A ninfomania,* tese à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1842.

ROCHA, Luis Carneiro da — *Dissertação sobre o tratamento das moléstias mentais,* tese à Faculdade de Medicina da Bahia, 1858.

RODRIGUES, Raimundo Nina — *O alienado no direito civil brasileiro,* 1801, São Paulo, Companhia Editora Nacional, 1939, 3ª edição.

SANTOS, Augusto Ferreira dos — *Legislação e jurisprudência relativas às afecções mentais; da influência de certos estados patológicos e fisiológicos sobre a liberdade moral,* tese para opositor da seção de ciências acessórias da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, apresentada como primeira prova de concurso a 19 de abril de 1875, Rio de Janeiro, 1875.

SIGAUD, J. F. — "Reflexões acerca do trânsito livre dos doidos pelas ruas da cidade do Rio de Janeiro, etc." *in Diário de Saúde,* nº 1, 1835.

SILVA, João Paulo Vieira da — *Tratamento das moléstias mentais,* tese à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1858.

SIMONI, Luiz Vicente de — "Importância e necessidade da criação de um manicômio ou estabelecimento especial para o tratamento dos alienados", *in Revista Médica Fluminense,* 1839: "Reflexões sobre os grandes estabelecimentos e principalmente sobre os grandes hospitais", *in Semanário de Saúde Pública,* 1831.

SIQUEIRA, José de Góes — "Considerações gerais sobre os hospitais de alienados; necessidade da criação de um asilo a eles especialmente destinado em nossa província", *in Gazeta Médica da Bahia,* tomo I, 1866-67.

SOUZA, João Francisco de — *Parecer médico-legal sobre o estado mental de Bento de Souza Borges.*

apontado como homicida de uma criança da Jurujuba, Rio de Janeiro, 1879; *Relatório clínico das enfermarias de alienados de São João Batista,* 20 de junho de 1880; Fisiologia do cérebro, *in Revista Médica,* 1877.

SPURZHEIM, G. — *Observations sur la folie,* Paris, 1818.

TAVARES, Necesio José — *Epilepsia,* tese à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1877.

TEIXEIRA, Eduardo Olimpio — *Epilepsia,* tese à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1873.

TORRES, Bernardino R. — *Causas e sede do suicídio,* tese à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1843.

TOURINHO, Demétrio Cyriaco — "Breves considerações sobre a fundação do asilo de alienados na Quinta da Boa Vista, denominado São João de Deus", *in Gazeta Médica da Bahia,* tomo 6, 1872-73.

VALLADARES, Francisco de Paula — *Higiene dos hospitais e hospícios,* tese à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1878.

Fontes secundárias

CALMON, Pedro — *O palácio da Praia Vermelha,* Rio de Janeiro, Univ. Brasil, 1952.

CASTEL, Robert — "Le traitement moral" *in Topique* nº 2, Paris, P.U.F. 1970; "les medicins et les juges" *in Moi, Pierre Rivière...,* Paris, Editions Gallimard/ Julliard, 1973.

DONZELOT, Jacques — "Espace clos, travail et moralisation (genèse et transformations, parallèles de la prison et de l'hôpital psychiatrique)", *in Topique,* nº 3, Paris, 1971.

FOUCAULT, Michel — *Histoire de la folie à l'âge classique,* Paris, Gallimard, 1972; e outros, Moi Pièrre Rivière, ayant égorgé ma mère, ma soeur et mon frère..., Paris Editions Gallimard/ Julliard, 1973.

LOPES, Cunha — *Notícia histórica da assistência a psicopatas no Distrito Federal,* Rio de Janeiro, 1939.

LOPES, José Leme — "A psiquiatria e o velho hospício", *in Jornal Brasileiro de psiquiatria,* nº 1 e nº 2, 1965.

MEDEIROS, M. de — "L'évolution de l'assistance aux aliénés au Brésil. Législation et organization administratives actuelles", *in La psychiatria dans le monde,* Paris, Encyclopedie Médico-chirurgicale, 1955.

MOREIRA, Juliano — *Notícia sobre a evolução da assistência a alienados no Brasil,* Rio de Janeiro, 1904.

MOURÃO, Carvalho — "Medidas contra os criminosos loucos", *in Archivos de jurisprudência médica e antropologia,* Rio de Janeiro, 1897.

SEMELAIGNE, R. — *Les pionniers de la psychiatrie française avant et après Pinel,* Paris, 1930.

SILVA, A. C. Pacheco e — "Pedro II, grande protetor dos insanos", *in Revista Brasileira de Saúde Mental,* ano 13º, 1967.

Literatura Complementar

AGASSIZ, Elizabeth e Louis — *Viagem ao Brasil* (1865-1866), Belo Horizonte, Ed. Itatiaia; São Paulo, Ed. da Universidade de São Paulo, 1975.

AGUIAR, Francisco Primo de Sousa — *Instrução e programa para a construção das Casas de detenção e justiça,* 1847; *Sistema penitenciário: relatório,* Bahia, 1847.

ALMEIDA, Ignacio Alvares Pinto — *Estatutos da Sociedade Auxiliadora da Indústria Nacional,* Rio de Janeiro, 1831.

ALMEIDA, Manoel Antonio — *Memórias de um sargento de milícias,* Rio de Janeiro, Edições de Ouro

ALMEIDA, Rufino Augusto de — *Estado atual das prisões da província de Pernambuco,* 1874.

ARAUJO, José de Souza Azevedo Pizarro e — *Memórias Históricas do Rio de Janeiro, e das províncias anexas à jurisdição do Vice-rei senhor D João VI...,* Rio de Janeiro, Imp. Régia, 1850-55

ARQUIVO DO CONSELHO ULTRAMARINO, manuscrito, Instituto Histórico e Geográfico, índice *in Revista do Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro,* tomo 67, 1904.

ASSIS, Joaquim Maria Machado de — *O alienista,* 1881, Rio de Janeiro, Edições de Ouro; *Obra completa,* Rio de Janeiro, Editora José Aguilar Ltda., 1962, volume III.

ATAS da Câmara do Rio de Janeiro, 1830-1831 — *in* revista *Archivo do Distrito Federal,* 1894-1897, 1951-1954.

ATAS da Câmara de Salvador, século XVII — seção de manuscritos, Biblioteca Nacional.

AZEVEDO, José da Costa — "Memória filosófica e patológica sobre o clima do Rio de Janeiro e meios para o seu melhoramento", 1810, *in Archivo Médico Brasileiro,* volume 2, 1845-1846.

BARBOSA, Januário da Cunha — "Lembrança do que devem procurar nas províncias os sócios do Instituto Histórico Brasileiro, para remeterem à sociedade central do Rio de Janeiro", 17 de dezembro de 1838, *in Revista do Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro,* volume I, 1839.

"Breve notícia sobre a criação do Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro", *in Revista do Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro* nº 1, 1839.

Código *de Posturas da Ilustríssima Câmara Municipal do Rio de Janeiro,* Rio de Janeiro, 1832.

GALVÃO, Manuel da Cunha — *Apontamentos sobre os trabalhos de salubridade e utilidade pública do Rio de Janeiro,* Rio de Janeiro, Empresa do Diário, 1858.

Correspondência da Corte com o Vice-Reinado, 1751-1807 — Arquivo Nacional, códice 67.

HOWARD, John — *Etat des prisons, des hôpitaux et des maisons de force,* Paris, 1788.

JAVALI, barão de — *Organizações e programas ministeriais de 1822 a 1889,* Rio de Janeiro, 1889.

LAXE, João Baptista Cortines — *Regimento das Câmaras Municipais ou lei de 1º de ouutbro de 1828,* anotado e precedido de uma introdução histórica. Rio de Janeiro, 1868.

LOPES, Levindo Ferreira — *Câmaras Municipais — Notas e observações à lei de 1º de outubro de* 1828, *compreendendo a legislação geral e da província do Rio de Janeiro de 31 de dezembro de 1883, concernente à administração municipal,* Rio de Janeiro, 1885.

LUCCOCK, John — *Notas sobre o Rio de Janeiro e partes meridionais do Brasil,* 1808-1818, Belo Horizonte, Ed. Itatiaia; S. Paulo, Ed. da Universidade de São Paulo, 1975.

MACEDO, Joaquim Manoel de — *Um passeio pela cidade do Rio de Janeiro,* Rio de Janeiro, 1862-63.

MOACYR, Primitivo — *A instrução e o Império* (*subsídios para a história da educação no Brasil*), São Paulo, Ed. Nacional, 1936-38. Contém ampla documentação sobre o assunto.

NUNES, Antonio Duarte — "Almanaque Histórico da cidade do Rio de Janeiro para o ano de 1799". *in Revista do Instituto Histórico e Geográfico.* tomo 21.

OLIVEIRA, Manoel José de — *Exposição da planta da Casa de Correção, extraída dos desenhos e reflexões publicados em 1826 pela Comissão da Sociedade Inglesa para melhoramento das prisões correcionais e apropriada ao terreno em que se está construindo na província do Rio de Janeiro pela comissão inspetora do andamento e melhor direcção dos trabalhos,* Rio de Janeiro, 1834.

OLIVEIRA, Vicente Antonio de — *Reflexões sobre a instituição da Força Armada da Capitania do Rio de Janeiro,* Rio de Janeiro, 1816, seção de manuscritos da Biblioteca Nacional.

Ordenações Filipinas — edição Saraiva, 1957, notas de Fernando Mendes de Almeida.

Parecer *da Comissão encarregada pelo conselho da Sociedade Defensora da Liberdade e Independência Nacional do Rio de Janeiro de apresentar o plano de uma Casa de Correção e Trabalho nesta Corte,* Rio de Janeiro, 1831.

PEREIRA, Nuno Marques — *Compêndio Narrativo do peregrino da América, em que se tratam vários discursos, espirituais e morais, com muitas advertências e documentos contra os abusos que se acham introduzidos pela malícia diabólica no estado do Brasil,* Lisboa, 1728.

PINHEIRO, S. C. Fernandes — "Os últimos vice-reis do Brasil", *in Revista do Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro,* tomo 28, parte II, 1865.

PIRAGIBE, Vicente Ferreira — *Novos rumos do serviço social-infância abandonada e delinqüente,* 1879.

PITTA, Sebastião da Rocha — *História da América Portuguesa,* 1709, Lisboa, 1730.

PORTUGAL, D. Luiz d'Almeida (marquês do Lavradio) — "Relatório final de governo" (1779), *in Revista do Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro,* tomo 3, janeiro, de 1943; *Cartas do Rio de Janeiro,* Arquivo Nacional, 1975, volume 1.

Regulamento *da Casa de Correção da Corte* — 6 de julho de 1850.

Regulamento *para a inspeção e fiscalização das obras da Casa de Correção da Corte,* Rio de Janeiro, 1835.

Relatórios *da Câmara Municipal do Rio de Janeiro* — correspondente aos anos 1845, 1849, 1853, 1861, 1864, 1865, 1869.

SÁ, José Maria de Almeida Correia de, 6º marquês do Lavradio — *Vice-reinado de D. Luiz d'Almeida Portugal, 2º marquês do Lavradio, 3º Vice-rei do Brasil,* São Paulo, Ed. Nacional, 1942. Este livro contém ampla seleção de documentos.

SAINT-HILAIRE, Auguste de — *Viagem pelas províncias do Rio de Janeiro e Minas Gerais* (1816), Belo Horizonte, E. Itatiaia; São Paulo, Ed. da

Universidade de São Paulo, 1975; *Segunda Viagem do Rio de Janeiro a Minas Gerais e a São Paulo* (1822), tradução de Affonso de E. Taunay, São Paulo, Cia. Ed. Nacional, 1932.

SAMPAIO, Antonio Manuel da Silveira e — *Memória sobre as principais causas que promovem as deserções nos corpos do Exército do Brasil e os meios que convém adotar para evitá-las,* Rio de Janeiro, 1819, seção de manuscritos da Biblioteca Nacional.

SANTOS, Luis Gonçalves dos Santos — *Dissertação sobre o direito dos católicos de serem sepultados dentro das igrejas, e fora dela nos seus adros, cemitérios, ou catacumbas* (resposta à correspondência publicada no Diário Fluminense, nº 148, 27 de dezembro de 1825), Rio de Janeiro, 1839.

Senado da Câmara do Rio de Janeiro, Vice-Reinado — Arquivo Nacional, caixa 500, pacote 1 (1758-1799), pacote 2 (1800-1808).

Sessão *aniversária da Sociedade Auxiliadora da Indústria Nacional,* Rio de Janeiro, 1867.

SILVA, José Francisco Paula e — *Considerações sobre o pernicioso uso das sepulturas nas igrejas e a conveniência dos cemitérios extra-muros,* Rio de Janeiro, 1848.

SOUZA, Luiz de Vasconcellos e (Vice-Rei) — "Relação instrutiva e circunstanciada para ser entregue a seu sucessor", 1789, *in Revista do Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro,* tomo 4. Arquivo Nacional, códice 72.

THOMPSON, Daniel José — "Relatório do diretor da Casa de Correção da Corte", anexo ao Relatório de 14 de maio de 1864 do Ministro da Justiça Zacarias de Góes e Vasconcelos; "Relatório do diretor da Casa de Correção da Corte", anexo ao Relatório de 15 de maio de 1866 do Ministro da Justiça José Tomás de Araújo.

TOLENTINO, Antonio Nicolao e Visconde de Jaguary, André Augusto de Pádua Fleury, José Augusto Nascentes Pinto — *Relatório da Comissão Inspetora da Casa de Correção da Corte,* Rio de Janeiro, 1874.

VALLE, Luiz Vianna de Almeida — *Relatórios apresentados pelo diretor da Casa de Correção da Corte.* de 1869 a 1876, 8 volumes.

VIANA, Paulo Fernandes — "Abreviada demonstração dos trabalhos da Polícia em todo o tempo que a serviu o Desembargador do Paço Paulo Fernandes Viana", *in Revista do Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro,* tomo 55, parte I, 1892.

VIDAL, Luiz Maria — *Manual prático das Câmaras Municipais* (contendo a lei de 1828, leis e avisos expedidos até o presente), Rio de Janeiro, 1878

VIEIRA, Antonio — Coleção de todas as cartas do Padre A. Vieira da Companhia de Jesus, 1647 a 1697, 4 volumes, manuscritos, códice 26, Arquivo Nacional.

VILHENA, Luis dos Santos — *Recopilação de Notícias Soteropolitanas e Brasílicas...,* 1802, Bahia, Imp. Oficial do Estado, 1921-1922.